

disponierenden Faktoren, die als entstabilisierende Umstände bezeichnet werden (Zugehörigkeit zur unteren Sozialschicht, primitive Berufstätigkeit, Krisenalter, Familienauflösung, „privatistische Gesellschaft“) bei den Avantgardisten der Großkrawalle und sämtlichen Teilnehmern der Kleinkrawalle in gleicher Häufigkeit zu finden. Als ursächlich für die Halbstarcken-Verhaltensweisen, der nur etwa 5% der männlichen Jugend anheimfallen, werden weder die bedeutsamen Antriebe (Erlebnis-, Tätigkeits-, Geltungs- und Vergeltungsdrang) sowie Entstabilisierungsfaktoren allein, sondern ihr Zusammenwirken mit mangelhaft sublimierten Frustrationen, gesteigerter Empfindlichkeit, insbesondere aber das Streben nach Selbstbestätigung und Sozialprestige herausgearbeitet. Daraus erklärt sich auch die Rekrutierung der Avantgardisten aus den unteren Sozialschichten der Industriegesellschaft; besonders den beruflich erfolglosen und unzufriedenen Hilfs- (46,6%), Gelegenheits- und ungelerten Arbeitern, die nur geringe Möglichkeiten besitzen, die erstrebte Anerkennung zu erreichen, sowie die häufige Beobachtung, daß die Stoßrichtung des Randalierens gegen Erziehungs- und Aufsichtspersonen generell geht, der einzelne sistierte Teilnehmer aber besorgt ist, daß sein Erzieher oder Lehrer keine Kenntnis von der Ausschreitung erhält. Am Schluß seiner klar gegliederten und im gesteckten Rahmen ausführlichen Arbeit empfiehlt der Verf., die Halbstarcken-Verhaltensweisen mit dem richtigen Maßstab zu messen, sie also nicht als gemeingefährliche Kriminalität überzubewerten; daraus folgen die stichwortartig gegebenen Richtlinien für Vorbeugung und Behandlung nach dem Grundsatz: „Erziehen statt Strafen“, obwohl die aufgezeigte Wurzel des Übels, die Vereinsamung des einzelnen in der materiell orientierten Industriegesellschaft, davon kaum berührt werden dürfte.

v. KARGER (Kiel)

Kriminelle und soziale Prophylaxe

Hans Asperger: Süchtigkeit und Luxusverwahrlosung im Kindesalter. [Univ.-Kinderklin., Innsbruck.] Suchtgefahren 6, 7—12 (1960).

Der Verf. spricht in einem Atemzug von Sucht, Süchtigkeit und Verfallensein an ganz bestimmte Ideen und Gewohnheiten, ohne diese Begriffe streng voneinander zu unterscheiden, was notwendig wäre, will man nicht einer Verwirrung der Vorstellungen auf diesem Gebiete Vorschub leisten. So hat die von ihm erwähnte „Kinosucht“, die „Lesesucht“ (womit er das häufige Verschlingen des gleichen Lesestoffs meist erotischen oder gewalttätigen Inhaltes meint) oder auch die „süchtige“ Masturbation eigentlich nichts mit dem strengen medizinischen Begriff der Sucht zu tun. Als Ursache dieser Erscheinungsformen nennt der Verf. Disharmonien in der Entwicklung der betroffenen Persönlichkeit, Infantilität, Anomalien der Stimmungsgrundlage, schizoide Persönlichkeitsprägungen usw. An exogenen Ursachen erwähnt er die Reizüberflutung auf allen Gebieten und die Luxusverwahrlosung, worunter er die Überhäufung der Kinder mit materiellen Gütern aus Mangel an Zeit und Aufopferungsbereitschaft und deren schädigende Folgen auf die harmonische Ausformung derselben versteht. Die Lösung dieses schwierigen Problems sieht der Verf. darin, daß wieder gelernt werden muß, innerhalb der Familie die positiven Kräfte zu wecken und durch Beispiel und Entsaugung von seiten der Erwachsenen erzieherisch auf die Kinder einzuwirken. Gemeinschafts- und Gruppenbildungen beim Jugendlichen hält er für förderlich, etwa in der Familie entstandene Versäumnisse nachzuholen. Er denkt in erster Linie an Sportverbände, religiöse Jugendverbände u. a.

GUMBEL (Kaiserslautern)

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

● **H. Schulzen: Der Arzt.** Stuttgart: Georg Thieme 1960. 210 S. DM 14.80.

Das Buch soll nach dem Vorwort des Verf. dem jungen Menschen, der bei der Berufswahl auch den eines Arztes ins Auge faßt, über alle Fragen des Medizinstudiums, der verschiedenen Spezialfächer, sonstigen Laufbahnen und deren Erfolgsaussichten unterrichten, ferner die bereits praktizierenden Ärzte und die Hochschullehrer zum Nachdenken darüber anregen, was bei der Heranbildung des Nachwuchses an Ärzten und Dozenten besser gemacht werden könnte und sollte, was innerhalb der ärztlichen Berufsorganisationen und Standesvertretungen, der Sozialversicherung und des Krankenhauswesens reformbedürftig ist und wie man zutage getretenen Mißständen abhelfen kann. So findet der Leser in dem Buch umfassende, nüchterne, illusionslose, aber anschauliche Betrachtungen über die Beweggründe zum Studium der Medizin und zur Ausübung des ärztlichen Berufes, über den Studiengang und die weitere Ausbildung zum praktischen oder Facharzt, über die wissenschaftlichen Laufbahnen und diejenigen der Medizinalbeamten

und über die sonstigen Berufstätigkeiten innerhalb der Heilkunde. — Dabei entkleidet der Verf. das Arzttum aller unechten Verbrämungen und der gängigen, präntiösen Redensarten, um den sachlichen Wesens Kern der medizinischen Wissenschaft und Praxis, deren Möglichkeiten und Grenzen klar herauszuschälen. Auch unterzieht er die scheinbar so großen Fortschritte in Diagnose und Therapie einer strengen Prüfung mit dem Ergebnis, daß die glänzenden Fortschritte und Erfolgsstatistiken häufig auf dem autistisch- undisziplinierten Denken in der Medizin und auf dem Mangel an Mißerfolgsstatistiken beruhen. — Die sehr freimütige Kritik, die der Verf. in allen Kapiteln an vielen bestehenden Einrichtungen, Verhältnissen und herrschenden Anschauungen übt, kann im einzelnen nicht besprochen werden. Sie liegen im allgemeinen auf der Linie dessen, was innerhalb der Hochschulgremien, der fachwissenschaftlichen Gesellschaften, der Ärzteorganisationen und Regierungen seit Jahren an Reformplänen beraten und vertreten wird. Sein Standpunkt in bezug auf das Universitätsstudium und die wissenschaftliche Laufbahn entspricht in manchem dem des Hochschulverbandes, der Nichtordinarienvvertretung, des Marburger Bundes, im ganzen mehr also der nachdrängenden jüngeren Generation. Da zu erwarten ist, daß SCHULTENS Anschauungen und Argumente bei künftigen Erörterungen und Beratungen über Fragen des Medizinstudiums und der Hochschulreform beachtet und diskutiert werden, hält es der Ref. für seine Pflicht, darauf hinzuweisen, daß die Bemerkungen des Verf. über die Gerichtliche Medizin als Lehr- und Prüfungsfach sowie über unsere Zuständigkeit zur Abhaltung von Vorlesungen über ärztliche Rechts- und Berufskunde und über Versicherungsmedizin von abwegigen Vorstellungen ausgehen. SCHULTENS verkennt offenbar die Bedeutung unseres Faches als prophylaktische Medizin, ferner den didaktischen, erzieherischen und integrierenden Wert unserer Vorlesungen und schließlich die Tatsache, daß in unserer Gutachtertätigkeit und in unseren wissenschaftlichen Veröffentlichungen Rechts- und Versicherungsprobleme einen breiten Raum einnehmen.

WIETHOLD (Frankfurt a. M.)

Sir Thomas Lund: **Medical negligence.** Med.-leg. J. (Camb.) 28, 75—87 (1960).

Sir Ernest Rock Carling: **Current problems of medical defence organizations.** Med.-leg. J. (Camb.) 28, 60—74 (1960).

Leopold Basile: **La responsabilità penale e civile negli eventi lesivi determinati da malore.** [Ist. di Med. leg. e delle Assicuraz., Univ., Milano.] Riv. Med. leg. Legislaz. sanit. 2, 23—46 (1960).

Detlef Hollmann: **Über den postoperativen Tetanus.** [Chir. Univ.-Klin., Kiel. Abt. Wik, Kiel.] Bruns' Beitr. klin. Chir. 200, 99—115 (1960).

Verf. hat durch Umfrage an einigen deutschen und österreichischen Univ.-Kliniken seit 1945 13 Tetanus-Fälle eliminieren können, die nach einer Operation aufgetreten waren. Unter den Operationen sind fast alle Operationsarten, wie z. B. Magenresektion, Milzexstirpation, Herniotomie, Prostataktomie, Fußarthrodese, vertreten. Eine eigene Beobachtung ist Veranlassung zu der Arbeit. Es handelt sich hierbei um eine Magenresektion nach Billroth II bei einem Ulcus ventriculi. Bakteriologisch konnte ein Befall von Tetanus-Bacillen weder in den Chargen des verwandten Nahtmaterials noch in den Proben des Magen-Darminhalts nachgewiesen werden. In einer 2. Tabelle wird eine Aufstellung der seit 1929 veröffentlichten postoperativen Tetanus-Fälle gebracht. Als Infektionsmöglichkeiten werden aufgeführt: 1. Hände des Operators, Instrumente und Operationswäsche. Die Einschleppung des Tetanus auf diese Art wird aber in der Zahl des postoperativen Tetanus zu den größten Seltenheiten gehören. — 2. Durch Nahtmaterial ist in den mitgeteilten 199 Fällen eine ganze Anzahl von Tetanus-Erkrankungen aufgetreten, da am Nahtmaterial Tetanus-Bacillen nachgewiesen werden konnten; 3. wurden auch im Körper vorhandene Tetanus-Bacillen und Sporen in verschiedenen Fällen erkannt, und schließlich kam es 4. durch auf der Körperoberfläche vorhandene und durch den operativen Eingriff in die Tiefe verschleppte Tetanus-Bacillen zur Erkrankung. — Auffallend ist, daß die größte Anzahl von Tetanus-Fällen bei Patienten beobachtet wurden, bei denen operative Eingriffe an den unteren Extremitäten und in der Inguinalregion (Leistenhernien) oder solche mit Eröffnung des Darmlumens durchgeführt worden waren. — Es wird postoperativ zunächst nicht an Tetanus gedacht. Die häufigste Diagnose, die sich als Fehldiagnose herausstellt, ist eine Parotitis. Das ist verhängnisvoll, da hierdurch die Antitoxin-Therapie verzögert wird und die an sich schon ungünstige Prognose sich weiterhin verschlechtert. — Es wird als optimaler Schutz die aktive Immunisierung der gesamten Bevölkerung gefordert als eine Maßnahme, die am ehesten mit Sicherheit den Ausbruch einer Tetanus-Erkrankung verhindern könnte. WESCHE (Hannover)^{oo}

Gilbert Forbes: Paraffin granuloma of the lung. (Paraffingranulome der Lunge.)
J. forensic Med. 7, 32—40 (1960).

Flüssiges Paraffin hat in den letzten Jahrzehnten als Vehiculum für die verschiedensten Arzneimittel, zum Teil auch als Laxans, eine zunehmende Bedeutung gewonnen. Eine besondere Rolle spielen dabei Nasen- und andere paraffinhaltige Tropfen. Wie die Erfahrung zeigt, kann es bei Einnahme dieser Mittel zur Paraffinölaspiration, als Folge davon zu einer Pneumonie und zu pathologischen Veränderungen des Lungengewebes kommen. Verf. hatte Gelegenheit, die Lungenbefunde bei solchen Erkrankungen an Hand von 4 Sektionsfällen eingehend zu prüfen. In einem Fall fand sich eine herdförmige Lungenfibrose, in einem anderen Fall waren nur einige Granulome erkennbar, die, soweit bekannt, im Leben keine Beschwerden verursacht hatten. Vereinzelt hatte das geschädigte Lungenparenchym das Aussehen einer Honigwabe, deren Hohlräume mit farblosen Lipoiden ausgefüllt waren. Das histologische Bild war um so eindrucksvoller, je größer die Menge des aspirierten Öls und seine Einwirkungszeit waren. In den Alveolarlichtungen fanden sich Ansammlungen von lipoidhaltigen vacuolisierten Phagocyten, ein Befund, hinweisend auf eine Ölaspiration. Vielfach lagen diese Lipoidablagerungen eingebettet in kollagenen Faserbündeln. In einem anderen Schnittpräparat waren nekrotische Bezirke mit bizarr geformten zwei- und mehrkernigen Fremdkörperriesenzellen sichtbar. In einem der untersuchten Fälle besaßen einzelne Lungenpartien eine dichte bindegewebige Struktur, wie man es ähnlich bei einer fortgeschrittenen Lungenfibrose sieht, mit Lipoidablagerungen im Interstitium. Obwohl derartige Lungenerkrankungen verhältnismäßig selten sind, wäre nach Ansicht des Verf. zu erwägen, ob es nicht besser sei, generell auf die Anwendung paraffinhaltiger Nasen- und anderer Tropfen zu verzichten und nur wäßrige Lösungen für derartige Arzneimittel zu verwenden. Bei der Vielzahl der Noxen, denen unsere Atmungswege täglich ausgesetzt sind, könnte zumindest dann ein solches schädigendes Agens ausgeschaltet werden. Dies ist insofern auch von Bedeutung, da wahrscheinlich die wirkliche Zahl der Paraffingranulomatosen der Lungen wesentlich größer ist als bisher bekannt war. Weiterhin wäre zu untersuchen, inwieweit durch Paraffin als Teerdestillationsprodukt eine Prädisposition für das Entstehen eines Bronchialcarcinoms oder auch einer Lungentuberkulose geschaffen wird.

ARNOLD (Leverkusen)

K. D. Ebbinghaus: Gasbrand nach intramuskulärer Injektion. Ein Beitrag zur Frage des ärztlichen Kunstfehlers. *Med. Sachverständige* 56, 64—67 (1960).

21 Jahre altes Mädchen erkrankte am 5. 1. 55 an Grippe. Wegen gleichzeitig aufgetretener Herzbeschwerden injizierte der Hausarzt nach vorheriger Haut-Desinfektion eine Ampulle Effortil in die Außenseite des linken Oberschenkels. Nach wenigen Stunden heftige Schmerzen an der Injektionsstelle, am nächsten Tag schwellt der ganze Oberschenkel stark an. Der Hausarzt vermutete eine Thrombose oder eine Abszeßbildung und verordnete feuchte Umschläge. Wegen der Bronchopneumonie zusätzlich Penicillin. Am 7. 1. Verschlechterung des Zustandes, das Bein schwellt noch mehr an, in den Abendstunden blaurötliche Verfärbung. Mit der Diagnose Beckenvenenthrombose Einlieferung in die Klinik früh am 8. 1. Diagnose: sicher Gasbrand, Knistern bei Betastung, röntgenologisch Luftblasen erkennbar, lebensbedrohlicher Zustand. Sogleich hohe Oberschenkelamputation. Bakteriologisch: Gasbrand. Entlassung am 8. 10. mit Prothese. Erwerbsminderung wurde am Entlassungstag auf 75% geschätzt. Mit Dauerschaden in gleicher Höhe war zu rechnen. Klage der Patientin gegen den erstbehandelnden Arzt wegen fahrlässiger Körperverletzung. Beurteilung: Nach allgemeinen Ausführungen über Gasbrand wurde erwähnt, daß der Landgerichtsarzt bei dem behandelnden Arzt eine Sterilisationsanlage fand die den modernsten Anforderungen entsprach. Desinfektion der Injektionsstelle mit absolutem Alkohol. Es werden 4 Möglichkeiten der Gasbrandinfektion trotz Sterilisation der Instrumente und Haut-Desinfektion erörtert: 1. Banale Fehler bei Sterilisation und Desinfektion. 2. Entstehung einer lokalen Nekrose durch das injizierte Medikament, Einwandern von Bakterien aus anderen Körperteilen in das nekrotische Gebiet. 3. Das Injektionsdepot kann reaktionslos im Gewebe liegen bleiben, von anderen Verletzungsstellen können dann Bakterien einwandern. Diese 3 Möglichkeiten waren nach Ansicht des Verf. auszuschließen, nicht dagegen die 4.: Man kennt Infektionen von außen, die trotz Beobachtung aller septischen Regeln entstehen können. Es sei dann anzunehmen, daß Keime aus den tieferen Schichten der Haut gleichzeitig mit dem Einstich der Nadel mit in die Tiefe gerissen werden. Es sei anzunehmen, daß die ubiquitär vorkommenden Gasbrandbacillen sich in den tieferen Schichten der Haut der Patientin befanden. Da nach allgemein gültiger Ansicht namhafter Autoren eine 100%ige Asepsis der Keimbekämpfung bei Einspritzungen nicht erreicht werden kann, wurde in den bisher bekannten Fällen wie dem vorliegenden seitens der

Gerichte eine mangelnde Sorgfaltspflicht dem Arzt nicht nachgewiesen. Die Fehldiagnose des erstbehandelnden Arztes wurde seitens des begutachtenden Verf. dem Arzt nicht zur Last gelegt, zumal der Fall durch die zunächst aufgetretene Grippe kompliziert war. Die Amputation wäre nach Ansicht des Verf. auch dann nicht zu umgehen gewesen, wenn der Hausarzt die Patientin 12 Std früher eingewiesen hätte. Auf Grund des Gutachtens erfolgte Freispruch des behandelnden Arztes.

WALCHER (München)

E. Gubler: Unfall oder Operation? Versehentliche Einspritzung eines tödlichen Mittels in einem Spital. Schweiz. med. Wschr. 90, 473—474 (1960).

Besprechung eines Bundesgerichtsentscheides über einen Todesfall infolge einer versehentlichen Injektion von Uroselectan an Stelle von Abrodil im Verlaufe einer Myelographie. Stellungnahme zu den versicherungsrechtlichen Begriffen des Unfalls und der Operation und insbesondere zur Frage, ob die Einspritzung eines Kontrastmittels in den Rückenmarkskanal im Sinne des Sprachgebrauchs als Operation zu betrachten sei: Die private Unfallversicherungsgesellschaft des Verstorbenen lehnte einen Unfall ab, da der Tod infolge einer mit Wissen und Willen des Patienten vorgenommenen Operation eingetreten sei. Das Bundesgericht dagegen bejaht den Versicherungsfall. Die Injektion eines falschen Kontrastmittels fällt nicht unter die vom Patienten in Kauf genommenen Risiken einer normalen Myelographie, sondern trägt so sehr den Stempel des Außergewöhnlichen und ist ein derart schwerer Kunstfehler, daß sie als Unfallereignis anerkannt werden muß. Ferner liegt nicht eine Operation vor, d. h. nicht ein chirurgischer Eingriff im Sinne einer therapeutischen Maßnahme, sondern lediglich eine Untersuchungsmaßnahme, die zwar der Diagnose eines Leidens dienen sollte, die aber selbst nicht Bestandteil einer Heilungsmaßnahme war.

IM OBERSTEG (Basel)

Alfonso Zarone e Michele Pilleri: Effetti della introduzione endovenosa di sospensioni di polveri sul circolo e sul respiro. (Wirkung intravenös verabfolgter Pulversuspensionen auf Kreislauf und Atmung.) [Ist. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Univ., Napoli.] Folia med. (Napoli) 43, 48—56 (1960).

Bericht über die intravenöse Injektion von Silicium- und Penicillin-G-Procaïn-(Novocain-) Suspensionen und deren Wirkung bei 4 Hunden „in guter gesundheitlicher Verfassung“ [keine Angaben über Rasse, Alter, Gewicht und Geschlecht — Ref.]. Je 2 Versuchstieren wurde in Nembutal-Natrium-Narkose (20 mg/kg) a) mit Methylenblau angefärbtes SiO₂ in Propylenglykol (glicole propilenico) 1:2 suspendiert 10 bzw. 20 ml und b) je 4mal 1,6 Mega E Penicillin-G-Procaïn in 8 ml physiologischer (Kochsalz-) Lösung verabreicht. Eine Stunde nach der letzten Injektion wurden Kreislaufuntersuchungen vorgenommen [keine methodischen Angaben — Ref.]. Verff. fanden nach SiO₂-Darreichung keine Veränderungen der Pulsfrequenz, des Blutdruckes und der Atmung [Vergleichszahlen sind nicht angegeben — Ref.]. Pathologisch-anatomisch und histologisch ließen sich subpleurale Blutaustritte, einzelne subseröse Infarkte und zahlreiche Kristall-Embolien mit Begleitatelektasen nachweisen. Die übrigen Organe waren nicht davon betroffen. Nach Penicillin-G-Procaïn stellten sich leichte, rasch vorübergehende Blutdruckschwankungen ein, während histologisch keine Veränderungen aufgefunden wurden. — Die Blutdruckschwankungen werden nicht der hämodynamischen Wirkung der Pulversuspensionen, sondern der Procaïn-Wirkung zugeschrieben. Von gerichtsmedizinischem Interesse sei bei der Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen Injektion von Penicillin-G-Procaïn in die Blutbahn und dem tödlichen Ausgang, streng zwischen dem anaphylaktischen Penicillinschock einerseits und der hämodynamischen Wirkung der Kristallsuspension andererseits zu unterscheiden.

MALLACH (Berlin)

Ragnar Steinert: Todesfall nach Bariumklistrieruntersuchung mit Ballon. T. norske Laegeforen. 80, 765—766 (1960). [Norwegisch.]

D. Müller-Hegemann: Kunstfehler bei der Epilepsiebehandlung. [Neurol.-Psychiatr. Klin., Univ., Leipzig.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 14, 906—907 (1959).

Unter Hinweis auf 2 Pat., die erst mehrere Tage nach Beginn eines Status epilepticus in die Klinik eingewiesen wurden und verstarben, wird auf die Bedeutung einer sofortigen Behandlung des Status epilepticus mit den heute üblichen Mitteln verwiesen. Ihre Unterlassung oder auch die verzögerte Klinikweisung werden als Kunstfehler gebrandmarkt.

E. MÜLLER (Hamburg-Eppendorf)⁶⁰

Ruth Kopff: Cellulartherapie in amtsärztlicher Sicht. [Staatl. Gesundheitsamt, Goslar.] Bundesgesundheitsblatt 3, 132—135 (1960).

Die Cellulartherapie (Behandlung durch Einspritzung von Suspensionen frisch entnommener oder gefriergetrockneter tierischer Zellen, meist endokriner Organe von Kalb) ist in den letzten Jahren von einer „Außenseitermethode“ infolge wissenschaftlicher Untermauerung und bemerkenswerter therapeutischer Erfolge zu einem häufiger angewendeten Verfahren geworden. Da die Methode mit Gefahren verbunden ist, müssen sich Gesundheitsbehörden bzw. Gutachter damit beschäftigen. — Es besteht Übereinstimmung darüber, daß das von NIEHANS eingeführte Verfahren a) eine u. U. sehr wirksame Therapie durch Resorption organischer Frisch- oder Zerfallsstoffe darstellt, b) sich wissenschaftlich gesicherte Grundlagen über seine Wirksamkeit aufzeigen lassen und c) der Methode bestimmte Gefahren anhaften, die zu schweren Komplikationen (eventuell mit Todesfolge) führen können. — Spezifische Erfolge (wohl über endokrine Mechanismen) wurden beobachtet bei sonst therapeutisch kaum anzugehenden Leiden bzw. Zuständen wie Mongolismus, kindliche Debilität, Encephalopathien und retardierten asozialen und kriminellen Jugendlichkeit (!). Die organspezifische Wirkung der Injektion heterologer Zellen konnte im Tierversuch und an der Gewebekultur nachgewiesen werden, wobei eine sichere Abgrenzung von allgemein-vitalisierender oder unspezifischer Reizwirkung möglich war. Die Tendenz der Forschung geht dahin, das wirksame Prinzip (Mitochondrien?) aus den Zellen zu isolieren und dadurch Behandlungsrisiken zu vermeiden. — Von öffentlichem Interesse sind die Komplikationen, die im wesentlichen aus 3 Ursachen entstehen: a) das Depot aus homogenisierten Fremdzellen begünstigt (100 cm³ und mehr, in der Tiefe der Muskulatur!) die Entstehung von Abszessen und ihren Folgen (Sepsis); b) allergische Komplikationen von flüchtigen urticariellen Exanthenen bis zu schwersten letalen Purpurafällen und komatösen Zuständen treten auf als Antigen-Antikörperreaktion, meist nach etwa 14 Tagen, wenn inzwischen gebildete Antikörper mit weiterhin resorbiertem Material (die Depots sind nach 14 Tagen noch nicht resorbiert) reagieren; c) Infektionen (Viruskrankheiten, Salmonellosen, Brucellose, Tbc, Toxoplasmose, Listeriose, Q-Fieber) können mit dem Material aus dem verwendeten Tier übertragen werden. Dies ist um so eher möglich, als die übliche tierärztliche Untersuchung von Schlachtvieh das Fleisch lediglich auf seine Tauglichkeit für die menschliche Ernährung prüft. Es gibt kein Gesetz, welche die (vor der Schlachtung durchzuführenden) zeitraubenden bakteriologisch-serologischen Untersuchungen vorschreibt, die erforderlich wären, um das Injektionsmaterial als keimfrei erkennen zu können. — Die Häufigkeit von Komplikationen bei der Cellulartherapie läßt sich nur schätzen; RIETSCHEL erfuhr 1955 auf Grund einer Umfrage an 179 Krankenhäusern von 80 Patienten, die wegen Komplikationen nach ambulant durchgeführter Behandlung mit Frisch- bzw. Trockenzellen dort eingewiesen worden waren; 30 dieser Patienten verstarben. Besonders gefährdet erscheinen Arteriosklerotiker, bei denen Hirnblutungen bzw. Herzinfarkte auftreten können. — Bei einem Patientenkreis von 529 Personen wurden in 12 Fällen schwere anaphylaktische Reaktionen gesehen. — Bemerkenswert ist, daß in einigen Großstädten an Heilpraktiker endokrine Drüsen von Schlachttieren für cellulartherapeutische Zwecke abgegeben wurden. Dies kann hinsichtlich bestimmter Organe (sog. Konfiskate, z. B. Feten, Placenta, Testes, Ovarien) nach den Ausführungsbestimmungen zum Fleischbeschaugesetz unterbunden werden. SCHRÖDER (Hamburg)

H. E. Brunner: Thorotrastschäden. [Histopath. Inst., Univ., Zürich.] Dtsch. med. Wschr. 85, 307—308, 311—314 (1960).

Kolloidale Thoriumverbindungen wurden als Röntgenkontrastmittel 1928 zu diagnostischen Zwecken eingeführt (Arteriographie, Hepatolienographie). 1930 wurde Thorotrast in den Handel gebracht. Starke Kontrastwirkung, schmerzlose Applikation. Bald erwies sich die Gefährlichkeit der Anwendung: Radioaktivität, bei parenteraler Zufuhr keine Ausscheidung, Strahlenschäden. Schwere Organfibrosen in Leber, Milz und Nieren, sog. Thorotrastome im Bindegewebe, Schäden des blutbildenden Gewebes und maligne Geschwülste. Thorotrast ist eine kolloidale Lösung aus 25% Thoriumdioxid, 20% Dextrin und 0,15% Methyl-p-hydroxybenzoat. Speicherungsorgane sind hauptsächlich Leber, Milz, Lymphknoten und Knochenmark. Der größte Teil des Mittels bleibt an Ort und Stelle liegen, sowohl bei intracavitärer wie intracavitärer oder paravasaler Applikation, ein kleiner Teil wird lymphogen oder auch hämatogen verschleppt, und im RES kann es angereichert werden. Infolge intravasculärer Ausflockung des Mittels können vereinzelt Embolien in verschiedenen Organen auftreten. Spätschäden beschränken sich auf Leber, Milz und regionäre Lymphknoten. Zahlreiche Schäden sind in der Literatur beschrieben, Verf. beschreibt, nach Mitteilung eines Falles 1955, zwei weitere Fälle. Problematisch ist immer noch die Frage, ob bösartige Thorotrastgeschwülste eindeutig nachgewiesen sind. In der Literatur sind

38 solche Fälle mitgeteilt, die der Verf. tabellarisch dargestellt hat. Tierexperimentell sind mehrere solche Fälle offenbar nachgewiesen worden. Verf. meint, daß die Carcinomgenese in der menschlichen Pathologie überbewertet werde. Die Hauptwirkung des Präparates, welches als außerordentlich gefährlich für den Menschen angesehen wird, wird nach Ansicht des Verf. nicht in der cancerogenen, sondern in der äußerst starken fibrogenetischen Folge der Applikation gesehen, die zu den oben erwähnten schweren Organfibrosen, vorzugsweise in Leber, Milz und Nieren führt. Eine befriedigende Erklärung für die unterschiedliche biologische Thorotrastwirkung besteht nicht. Das Mittel sollte unter keinen Umständen in der Röntgendiagnostik verwendet werden.

WALCHER (München)

Guido Calderoli: Riflesso tonsillare. (Tonsillar-Reflex.) [4. Congr., Accad. internaz. di Med. leg. e Med. soc., Genova, Ottobre 1955.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 12, 131—135 (1959).

Unter diesem lapidaren Titel verbergen sich interessante sozialmedizinische Betrachtungen über die Folgen der Tonsillektomie. Allgemeine Beobachtungen sowie medizinische und psychologische Untersuchungen haben nämlich gelehrt, daß nach Tonsillektomien neben einer Minderung der Widerstands- und Leistungsfähigkeit wesentliche Antriebsstörungen, chronische Müdigkeit, Dysphorien mit großem Medikamentenverbrauch (sog. „neue englische Krankheit“ nach BICKNELL), ferner Angst, Furcht und Abnahme des Sexualtriebes (KINSEY) aufzutreten pflegen. Amerikanische Erfahrungen des 2. Welt- und des Koreakrieges hätten die ehemalige US-Botschafterin LUCE in Rom zu dem Ausspruch bewegt, daß „eine Armee ohne Tonsillen, eine Armee der Angsthasen“ sei. — Nach Schätzung des Verf. gibt es etwa 150 Millionen Tonsillektomierte, was 10% der zivilisierten Bevölkerung entspräche. Er selbst übersieht etwa 30000 für die Tonsillektomie vorgeschlagene Patienten, von denen nach strenger Prüfung nur etwa 5% zur Operation kamen. Er warnt nachdrücklich vor dem förmlichen Brauch, bei Erkrankungen der Tonsillen sofort zu ektomieren und wirft die Frage auf, ob die Tonsillektomie überhaupt zulässig sei, wenn sie so tiefgreifende negative Persönlichkeitsveränderungen hervorrufe. Bemerkenswert erscheint noch, daß in der UdSSR sowie in Asien seit etwa 30 Jahren nur ungenug tonsillektomiert wird und daß sich inzwischen in den USA Forschungszentren gebildet haben, die tiefer in die soziologische Problematik eindringen sollen.

MALLACH (Berlin)

H. Schmidt: Einiges zur Haftpflicht und Haftpflichtversicherung. Dtsch. Gesundh.-Wes. 15, 742—746 (1960).

Besprechung der unterschiedlichen Aufgaben einer Unfall- und einer Haftpflichtversicherung und der daraus resultierenden Aufgaben bei der ärztlichen Begutachtung. — Bei Beurteilung eines Haftpflichtschadens spielt im Gegensatz zur Unfallversicherung der Grad der Erwerbsminderung nur eine sekundäre Rolle, vielmehr kommt es bei der Haftpflichtregulierung darauf an, ob der Verletzte trotz Unfallfolgen seinen bisherigen Beruf weiter ausüben und sein bisheriges Einkommen erzielen kann. Es wird eine Entschädigung nur für den tatsächlich entstandenen Schaden gewährt. Die gesetzlichen Grundlagen werden im einzelnen besprochen. Weiterhin nimmt Verf. Stellung zur Frage des sog. Schmerzensgeldes. Dieser Begriff hat sich in der Rechtspraxis wie auch bei der Bevölkerung eingebürgert, obwohl im Gesetz dieser Ausdruck nicht gebraucht wird. Verf. weist darauf hin, daß der Begriff sehr unglücklich ist, da der Eindruck erweckt wird, daß Schmerzen mit Geld abgegolten werden sollen. Von einer Reihe Juristen der DDR wird die Gewährung eines Schmerzensgeldes als den sozialistischen Verhältnissen nicht entsprechend abgelehnt. Dieser Auffassung schließt sich Verf. jedoch nicht ganz an. Er schlägt vor, eine Entschädigung für die durch den Schadensfall eingetretene Beeinträchtigung der Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben zu gewähren.

DÜRWARD (Rostock)

K. Gerecke und J. Richter: Die 14. Durchführungsbestimmung zur Anordnung über die Regelung und Überwachung des Verkehrs mit Arzneimitteln; Gesundheitspflege-mittel. [Staatl. Inst. f. Arzneimittelprüfung, Berlin.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 15, 1178—1181 (1960).

Kohlhaas: Die Stellung des ärztlichen Sachverständigen in der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs in Strafsachen. Med. Sachverständige 56, 97—100 (1960).

Aus den klaren, gut lesbaren Ausführungen mögen folgende Einzelheiten wiedergegeben werden: Wenn sich unter den nichtrichterlichen Beisitzern eines Gerichtes ein Fachmann befindet, etwa ein Arzt oder ein Psychologe, so darf er nach Auffassung des BGH sein Wissen an die anderen

Richter weitergeben; es darf verwertet werden. Hinzuziehung von besonderen Fachsachverständigen wird vielfach notwendig sein, so die Zuziehung eines Jugendpsychiaters, wenn bei einem Jugendlichen eine Gehirnverletzung vorangegangen ist. Stellt aber der Nichtfacharzt fest, daß eine solche Gehirnverletzung gar nicht vorgelegen haben kann, so ist die Hinzuziehung des Spezialisten nicht erforderlich. Der BGH hat es dem Richter schwer gemacht, von der Auffassung des Sachverständigen im Urteil abzuweichen, ohne daß ein weiterer Sachverständiger gehört wurde. Verf. wendet sich gegen den allzu häufigen Gebrauch des Wortes „Obergutachter“. Man sollte von einem „Zweitgutachter“ sprechen. Ein „Obergutachten“ wird nach Meinung des Verf. nur erstattet, wenn bereits 2 Gutachten von gleichwertigen Sachverständigen vorliegen und der Obergutachter darüber Auskunft geben soll, welcher Begründung der Vorzug zu geben ist. Hört der Sachverständige Zeugen an, so dürfen an sich die Zeugenaussagen im Gutachten nur verwertet werden, wenn der Betreffende auch in der Hauptverhandlung als Zeuge vernommen wird. Verweigert er aus einem berechtigten Grunde die Aussage, so darf der Inhalt dieser Aussage im Gutachten nicht verwertet werden. Der Gutachter ist dann unter Umständen genötigt, den Inhalt seiner Ausführungen in der Hauptverhandlung abzuändern. Nach Meinung des Verf. ist es nicht statthaft, daß der Sachverständige als Zeuge vernommen wird, wenn der Zeuge, den er früher ärztlich angehört hat, späterhin die Aussage verweigert. Verf. hat den Eindruck, daß es mehr und mehr notwendig sein wird, auch Psychologen als Sachverständige zu hören, da der Psychiater im allgemeinen nur geneigt ist, über *krankhafte* Störungen der Geistestätigkeit Auskunft zu erteilen. Geht der psychiatrische Gutachter auch auf psychologische Verhältnisse ein, dann ist es allerdings nicht erforderlich, noch einen Psychologen zuzuziehen. Die jeweiligen oberstgerichtlichen Entscheidungen wurden zitiert.

B. MUELLER (Heidelberg)

Zur Rechtsnatur des Doktoranden-Verhältnisses. [BGH, Urt. v. 14. XII. 1959; III ZR 117/58, KG.] Neue jur. Wschr. A 13, 911—912 (1960).

Ein Student der Mathematik hatte seine Dissertation nicht beenden können, weil sein „Doktor-Vater“ die Arbeit nicht mehr fördern wollte. Über die Motive, die den Hochschullehrer dazu bewegten, ist nichts angegeben. Der Student konnte nicht promovieren und verklagte die Universität wegen entgangenem Verdienstausfalls. Die Klage wurde vom Landgericht abgewiesen. Das OLG gab ihr jedoch statt. Wenn ein Hochschullehrer einen Studenten zur Doktorarbeit zuläßt, so sei dies ein begünstigender Verwaltungsakt. Der Hochschullehrer habe sich den Widerruf dieses Aktes nicht vorbehalten. Auch in der Promotionsordnung sei über einen Widerruf nichts enthalten. Das Gericht hielt das Verhalten des Hochschullehrers unter diesen Umständen für pflichtwidrig. Der BGH konnte sich dieser Auffassung nicht anschließen. Die Zuteilung der Doktorarbeit ist kein Verwaltungsakt. Der „Doktor-Vater“ ist lediglich verpflichtet, den Doktoranden zu betreuen. Die eigentliche wissenschaftliche Leistung ist Aufgabe des Doktoranden. Es gibt viele Gründe, die einen Hochschullehrer veranlassen können, die Betreuung des Doktoranden einzustellen. Diese Gründe brauchen nicht in der Eigenart der beiden Beteiligten zu liegen. Es kann sich auch um äußere Verhältnisse handeln, z. B. kann die Notwendigkeit vorliegen, in die Arbeit hohe Geldmittel des Institutes hineinzustecken, die nicht zur Verfügung stehen, oder deren Aufwendung sich angesichts der zu erwartenden geringen Resultate nicht lohnt. Wie der Prozeß zu entscheiden ist, darüber hat sich der BGH nicht ausgesprochen. Er hat lediglich zum Ausdruck gebracht, daß die Vorinstanz die hier wiedergegebenen Auffassungen berücksichtigen müsse.

B. MUELLER (Heidelberg)

Elisabeth Trube-Becker: Zur Zuständigkeit für die Erstattung schriftlicher Sachverständigengutachten in Gerichtsverfahren. [Inst. f. Gerichtl. Med., Med. Akad., Düsseldorf.] Med. Klin. 55, 849—850 (1960).

Bei der geschäftsmäßigen Anordnung von Sachverständigengutachten durch das Gericht geht aus dem Beweisersuchen nicht immer zweifelsfrei hervor, ob eine Einzelperson oder das Institut bzw. die Klinik mit dem Gutachten betraut wurden. Zu Zweifeln Anlaß würden Fälle geben, in denen das Institut z. Hd. von Prof. X oder Dr. Y in der Klinik benannt wurden. Verf. ist der Ansicht, „daß auf Grund langjähriger Erfahrungen die Gerichte regelmäßig anstreben, ein erforderliches Gutachten von einer Fachbehörde einzuholen, da die Auswahl geeigneter Einzelpersonen sehr schwierig ist und die im Falle einer Beauftragung von Einzelpersonen gegebenen Fehlerquellen sehr zahlreich sind“. In den oben genannten Beispielen ist regelmäßig anzunehmen, daß das Gericht ein fachbehördliches Gutachten wünschen würde. Die Gutachten der genannten Einzelperson müßten ausdrücklich durch den Leiter der Fachbehörde gebilligt werden. Verf.

hält es für gegeben, die ersuchenden Stellen auf die tatsächlichen Zuständigkeiten hinzuweisen. Falls im Einzelfall nicht das Gutachten einer Behörde, sondern das einer Einzelperson angefordert werden soll, müßte das Gericht das unmißverständlich ausdrücken. DOTZAUER (Hamburg)

BGB §§ 276, 278, 823 (Umfang der Aufklärungspflicht des Arztes). Eine Aufklärung des Patienten über mögliche schädliche Folgen einer vorgesehenen Operation oder Heilbehandlung (hier Elektroschockbehandlung) ist nicht erforderlich, wenn Schäden nur in äußerst seltenen Fällen auftreten und anzunehmen ist, daß sie bei einem verständigen Patienten für seinen Entschluß, in die Behandlung einzuwilligen, nicht ernsthaft ins Gewicht fallen. [BGH, Urt. v. 9. XII. 1958; VI ZR 203/57 Neustadt a. d. Weinstr.] Neue jur. Wschr. A 12, 811—814 (1959).

Das Urteil des BGH zur Frage der Aufklärungspflicht bei der Elektroschockbehandlung vom 10. 7. 1954 hat seinerzeit eine lebhafte Diskussion ausgelöst und insbesondere dadurch Widerspruch hervorgerufen, daß eine Wirbelfraktur beim Elektroschock als *typische* Gefahr gewertet wurde, die eine entsprechende Aufklärung des Patienten erfordere. Das vorliegende Urteil, das einschlägige Veröffentlichungen aus den letzten Jahren heranzieht und sich insbesondere auf eine Abhandlung von GÖPPINGER über Aufklärung und Einwilligung bei der ärztlichen Behandlung stützt, hält die Forderung einer Aufklärung über die möglichen Gefahren einer Elektroschockbehandlung nicht mehr mit der früheren Entscheidung aufrecht, offenkundig (wenn auch nicht ausdrücklich) unter Berücksichtigung der therapeutischen Fortschritte, durch die solche Gefahren äußerst selten (und insofern atypisch) geworden sind. In Übereinstimmung mit GÖPPINGER wird festgestellt, daß auch bei psychischer Erkrankung Patienten fähig bleiben können, einen Willensentschluß zu fassen und wirksam in die Behandlung einzuwilligen. Handele es sich um einen nicht willensfähigen Kranken, so genüge eine Einverständniserklärung der Angehörigen nicht. Liege in diesem Falle keine akute Gefahrenlage vor, die einen sofortigen oder alsbaldigen Eingriff notwendig mache, so sei die Bestellung eines Pflegers zu fordern, der an Stelle des Kranken die Entscheidung darüber zu treffen habe, ob der vorgesehene ärztliche Eingriff durchgeführt werden soll. Der Entschluß eines willensfähigen Patienten dürfe nicht dadurch beeinflußt werden, daß ihm der Arzt wesentliche Dinge verschweigt. Die Schwierigkeit liege bei der Frage, ob und wie weit die Pflicht zur Aufklärung anderen Pflichten und Interessen weichen müsse, wenn bei der Persönlichkeit des Kranken und seinem psychischen Zustand ernste Bedenken gegen eine Aufklärung bestehen. Der Arzt solle nicht gezwungen sein (Urteil des BGH vom 10. 2. 1956), durch eine zu weit gehende Aufklärung den Heilerfolg selbst zu beeinträchtigen, wenn auch andererseits in Kauf genommen werden müsse, daß durch die Aufklärung die Stimmung oder das Allgemeinbefinden des Patienten herabgedrückt wird. Habe ein Arzt nicht auf die typischen Gefahren eines Eingriffs hingewiesen, so sei es seine Aufgabe darzutun, daß triftige Gründe für das Unterlassen der Aufklärung gegeben waren. Eine Aufklärung komme nur bei typischen Gefahren einer Behandlung, also bei Gefahren in Betracht, die mit ihr verbunden zu sein pflegen und mit deren Eintreten nach dem Stande ärztlicher Erfahrung und Wissenschaft gerechnet werden muß. Es werde nicht gefordert, daß der Kranke auf alle denkbaren Nebenwirkungen der Behandlung hinzuweisen sei. Allgemein sei anerkannt, daß es nicht Aufgabe des Arztes ist, den Patienten auf die Gefahren aufmerksam zu machen, deren Abwendung bei gegenwärtigen Stand der Operationstechnik ohne nennenswerte Schwierigkeiten möglich ist. Ebensovienig sei es erforderlich, den Patienten darauf hinzuweisen, daß auch die geringfügigsten operativen Eingriffe unter ungünstigen Verhältnissen trotz Beachtung aller Vorsichtsmaßnahmen zu irgendwelchen Komplikationen führen können.

JANZARIK (Mainz)^{oo}

W. Hügin: Wieweit können Schwestern oder Pfleger an Narkosen beteiligt werden? (Stellungnahme zu dem Aufsatz von Prof. Dr. A. W. Fischer, Hamburg, diese Z. 1959, 535.) [Anaesth.-Abt., Bürgerspit., Basel.] Chirurg 31, 200 (1960).

Nach Meinung des Verf. ist es nicht zulässig, wenn Schwestern ohne besondere Schulung bei der Narkose eingesetzt werden; denn wie man das Skalpell nur mit klaren Vorstellungen von der Anatomie sicher führen kann, ist die Narkose nur sicher, wenn sie auf der Basis tieferer Kenntnisse der Pharmakologie und der Physiologie gegeben wird, so meint Verf. Der Mangel an Anesthetisten ist groß. Es wird daher ebenso wie in Amerika notwendig sein, Schwestern in besonderen Kursen, die vielleicht 2 Jahre dauern, in der Anaesthesie zu schulen; dann ist nichts dagegen einzuwenden, daß sie bei der Narkose eingesetzt werden. B. MUELLER (Heidelberg)

A. W. Fischer: Erwiderung. Chirurg 31, 201 (1960).

Verf. stimmt im großen und ganzen obigen Ausführungen von HÜGIN zu. Er betont aber, man solle nicht verbieten, daß von Schwestern unter Aufsicht des Arztes eine Evipan-Narkose eingeleitet werde. Sei man hier allzu ängstlich, so bestehe unter Umständen bei der Knappheit des Personals überhaupt keine Möglichkeit mehr zu arbeiten.

B. MUELLER (Heidelberg)

G. Schulz: Schweigepflicht nach dem Atomgesetz. Med. Klin. 55, 1249—1250 (1960).

§ 52 des Atomgesetzes vom 23. 12. 50 (Bundesgesetzbl. I, S. 814) stellt den Geheimnisverrat unter Strafe: Danach werden die Angehörigen einer Atombehörde bestraft, wenn sie ärztliche oder zahnärztliche Befunde, die ihnen bei Durchführung des Gesetzes anvertraut wurden, unbefugt offenbaren, sofern der Verletzte dies beantragt. Wer die Offenbarung dazu benutzt, um sich einen Vermögensvorteil zu verschaffen oder einem anderen Schaden zuzufügen, wird vermehrt bestraft. Damit unterliegen die Angehörigen einer Atombehörde der gleichen Schweigepflicht wie die Medizinalpersonen.

B. MUELLER (Heidelberg)

W.-S. Kierski: Verschwiegenheitspflicht in der Gesundheitsverwaltung. Med. Sachverständige 56, 36—40 (1960).

Verf., der Regierungsdirektor in der Gesundheitsverwaltung von Berlin ist, stellt sich — wie auch in früheren Äußerungen — in diesem Aufsatz auf den Standpunkt, daß für die Medizinalbeamten die Bestimmungen über die ärztliche Schweigepflicht im Sinne von § 300 StGB nicht gelten. Die Ärzte der Gesundheitsämter unterliegen vielmehr nach seiner Meinung lediglich den Bestimmungen über die Verschwiegenheitspflicht von Beamten im Sinne von § 353 b und § 353 c StGB. Diese Bestimmungen sind im Entwurf zum neuen Strafgesetzbuch noch verschärft worden. Verf. versucht sodann, an Hand von Beispielen aus der Praxis der Gesundheitsämter nachzuweisen, daß das Anrecht der Staatsbürger auf Verschwiegenheit auch durch die oben erwähnten Bestimmungen hinreichend gewährleistet ist. (Diese Meinung ist nicht die herrschende, ihre Richtigkeit wird von vielen anderen bestritten. Ref.)

B. MUELLER (Heidelberg)

Horst Peters: Vertrauensarzt und Schweigepflicht. Med. Sachverständige 56, 89—94 (1960).

Verf., der Sozialgerichtspräsident in Düsseldorf ist, stellt sich in seinen Ausführungen auf den Standpunkt, die Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst und die Vertrauensärzte der Träger der Sozialversicherung unterliegen lediglich den Bestimmungen über die Geheimhaltungspflicht der Beamten und nicht den Bestimmungen nach § 300 StGB. Diese Auffassung wird von vielen Seiten, auch vom Ref. nicht geteilt. Verf. betont die Bestimmung des § 106 des Sozialgerichtsgesetzes; danach hat der Richter die Möglichkeit, Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten usw. beizuziehen. Es wird allerdings zugegeben, daß diese Beziehung nur erfolgen darf unter Wahrung des Berufsgeheimnisses. Eine Verweigerung der Überlassung der Krankenpapiere ist nach Meinung des Verf. jedoch nicht möglich (es wird vielfach empfohlen, daß die betreffenden Krankenhäuser nur Auszüge aus den Krankengeschichten fortgeben oder daß das Sozialgericht veranlaßt wird, bestimmte Fragen zu stellen, Ref.). Werden derartige Papiere von Vertrauensärzten angefordert, so haben sie nach Meinung von Verf. die Pflicht zur Amtshilfe. Wieweit in diesen Fällen auf das Berufsgeheimnis geachtet werden muß, wird nicht näher erläutert. Verf. empfiehlt eine Zusammenarbeit zwischen Arzt und Sozialrichter, die Verhältnisse lägen doch etwas anders als im Strafrecht und Zivilrecht.

B. MUELLER (Heidelberg)

A. Hartwich: Der Hippokratische Eid und die ärztliche Schweigepflicht. Wien. med. Wschr. 110, 491—493 (1960).

StPO § 52 (Zeugnisverweigerungsrecht bei Fehlen der erforderlichen geistigen Reife. Erfordernis der Zustimmung und Belehrung des gesetzlichen Vertreters). Eine Beweisperson, welche die zum Verständnis ihres Zeugnisverweigerungsrechtes nach § 52 StPO erforderliche geistige Reife nicht besitzt, darf nur mit Zustimmung ihres gesetzlichen Vertreters vernommen werden. Trotz dessen Zustimmung darf sie nicht vernommen werden, falls sie selbst erklärt, nicht aussagen zu wollen. Der gesetzliche Vertreter ist über das Zeugnisverweigerungsrecht der Beweisperson zu belehren. [BGH, Urt. v. 2. III. 1960; 2 StR 44/60, LG Duisburg.] Neue jur. Wschr. A 13, 1396—1397 (1960).