

Einfluß habe. In der Haft zeige sich bei den wegen Raub oder Mord Verurteilten nach vorübergehender affektiver Auflockerung im Laufe der Jahre eine zunehmende Koartierung des Erlebnistyps, während bei Sittlichkeitsverbrechern der extratensiv-egozentrische Erlebnistyp als Ausdruck ihrer fortbestehenden asozialen Einstellung vorherrschend bleibe. Die Rorschach-Ergebnisse werden in großen Übersichten wiedergegeben. Beim Szondi-Test seien die Veränderungen nicht im gleichen Maße zu finden gewesen. Die Besonderheiten der aus diesem Test ablesbaren affektiven Veränderungen werden noch näher geschildert. Im allgemeinen werde durch den Freiheitsentzug nur eine Scheinanpassung erzielt und die „gute Führung“ in der Haftanstalt lasse keinerlei prognostische Schlüsse auf späteres Wohlverhalten zu. BRESSER (Köln)^{oo}

Edward Podolsky: The electrophysiology of homicide. (Elektrophysiologie beim Totschläger.) *J. forens. Med.* 8, 161—164 (1961).

Die Kasuistik befaßt sich mit interessanten elektroencephalographischen Untersuchungen an Verbrechern, besonders Totschlägern. Danach wurden in zahlreichen Fällen charakteristische Hirnstromkurven verschiedener Gruppen und Kategorien gefunden. Auf Grund dessen wird das EEG als ein wichtiges Hilfsmittel bei der Aufklärung von anscheinend unmotivierten Verbrechen empfohlen. Es soll sich besonders in solchen Fällen bewährt haben, wo alle übrigen klinischen Untersuchungsmethoden versagt haben. H. REH (Düsseldorf)

Jacob Chwast, Carmi Harari and Lloyd Delany: Experimental techniques in group psychotherapy with delinquents. (Versuchsweise Techniken bei Gruppentherapie mit Delinquenten.) *J. crim. Law Pol. Sci.* 52, 156—165 (1961).

Da die Psychotherapie von Straffälligen in den allermeisten Fällen prognostisch besonders ungünstig ist, empfiehlt es sich, nach Variationen der bekannten Behandlungstechniken Ausschau zu halten. Da der Therapeut vom Delinquenten viel zu leicht mit der Gesellschaft gleichgesetzt und dadurch als „Feind“ erlebt wird, empfiehlt sich die Gruppentherapie schon aus theoretischen Überlegungen. Schon bei der Sitzordnung müssen Besonderheiten beachtet werden. Das Gegenübersitzen ist hier wegen der autoritativen Färbung dieses Arrangements bei Delinquenten angebrachter. Da diese so gut wie nie freiwillig zur Behandlung kommen, spielt das autoritative Element in der Therapie immer eine größere Rolle. Die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie sollte bevorzugt werden. Der selbstverständlich gut ausgebildete Arzt muß natürlich lernen, den Straffälligen zu verstehen und sich mit ihm zu identifizieren. Ferner hat sich eine bestimmte Form von „belehrender Gruppentherapie“ empfohlen, ebenso die Anwendung eines Co-Therapeuten. Weiterhin scheint sich eine Behandlung mit einer „natürlichen Gruppe“, das ist eine solche von „Kumpels“, die die Behandlung so miteinander beginnen, wie sie sich sonst zu antisozialen Akten zusammengefunden haben. D. LANGEN^{oo}

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

● **Bundes-Seuchengesetz. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen. Vom 18. 7. 61.** (BGBl. I v. 22. 7. 61, Nr. 53, S. 1012) Im Lose-Blatt-System. Kommentar von W. SEYFFERTITZ und P. THOMASCHIEWSKI. München: R. S. Schulz 1962. DM 29,50.

Die ausführlich kommentierte Ausgabe enthält neben dem eigentlichen Seuchengesetz, die Bestimmungen über Schutzimpfungen gegen Pocken, Kinderlähmung und Papageienkrankheit, sowie die Vorschriften für das Lebensmittelgewerbe. Neben dem Gesetzestext ist jeweils die amtliche Einzelbegründung, die Stellungnahme des Bundesrates und eine ausführliche Erläuterung der Verf. gegeben. Aus diesen Erläuterungen sind alle für den Gesundheitsbeamten wichtigen Einzelheiten der Infektionskrankheiten, wie Inkubationszeit, Vorkommen, Diagnose und Differentialdiagnose, Symptomatik, Labordiagnostik usw. zu entnehmen. Der Ausgabe ist beigegeben ein Auszug aus dem Bundessozialhilfegesetz und eine Textausgabe des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der jetzt gültigen Fassung und die beiden zu diesem Gesetz erlassenen Durchführungsverordnungen. Die Ausgabe ist für jeden mit der Seuchenbekämpfung Befassten ein sehr nützliches Nachschlagewerk. GREINER (Duisburg)

● **Klaus Jaroseh, Otto Müller und Josef Piegler: Das Schmerzensgeld in medizinischer und juristischer Sicht.** 2., erw. Aufl. Wien: Manzsche Verlags- u. Universitätsbuchhandlung 1962. 150 S.

K. H. Bauer: Aktuelle Rechtsfragen in der Chirurgie. [78. Tag., Dtsch. Ges. f. Chir., München, 5.—8. 4. 61.] *Langenbecks Arch. klin. Chir.* 298, 281—294 (1961).

Die temperamentvollen Ausführungen des erfahrenen Chirurgen, der schon immer für Rechtsfragen sehr aufgeschlossen war, beschäftigten sich zunächst mit dem geplanten strafrechtlichen Tatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung. Verf. findet das Strafmaß (3 Jahre Gefängnis oder Strafhaft) zu hart. Im Straßenverkehr kommen Tausende von Menschen um, ohne daß die Öffentlichkeit sich darüber aufregt, wenn aber einmal im komplizierten Krankenhausbetrieb etwas vorkommt, was an sich bedauerlich ist, dann füllt dies die Spalten der Zeitungen. Der Arzt muß unter Umständen auch handeln können, wenn die Einwilligung wegen Bewußtseinstrübung nicht herbeigeführt werden kann oder wenn eine klare Auseinandersetzung des geplanten Eingriffes den Kranken schädigen würde. Komplikationen, die nur bei 5% der Eingriffe einzutreten pflegen, braucht man dem Kranken bei Erlangung der Einwilligung nicht vor Augen zu führen, so meint Verf. mit Recht. Gewertet werden müssen die Verhältnisse ex ante, und nicht ex post. Auch ein nichtverurteilter Arzt ist schwer genug bestraft. Weitere Diskussionen zwischen Arzt und Jurist sind erforderlich. „Die Ärzte bekommen ein neues Arztrecht nicht einfach geschenkt, sie müssen darum kämpfen.“
B. MUELLER (Heidelberg)

K. G. Pulver: Über den Aufgabenkreis des Anaesthesisten bei der postoperativen Behandlung auf einer chirurgischen Wachstation. [Anaesth.-Abt. d. Chir. Klin. d. Med. Akad., Düsseldorf.] [Schweiz. Ges. f. Anaesth. Dtsch. Ges. f. Anaest. u. Österr. Ges. f. Anaesth., Genf, 8.—10. 9. 61.] *Anaesthesist* 11, 172—175 (1962).

V. Herout und V. Vortel: Über Gefäßveränderungen bei der Arteriographie und ihre Komplikationen. [Path.-Anat. Inst., Med. Fak., Univ., Hradec Králové.] *Virchows Arch. path. Anat.* 334, 367—378 (1961).

Es wurde histologisch bei 43 Fällen die Einstichstelle der A. carotis nach Arteriographie untersucht. Die Untersuchung der Gefäßwand erfolgte innerhalb eines Zeitraumes von 2 Jahren nach dem stattgehabten Gefäßestich. Nach 24 Std fanden sich erste Zeichen einer Organisation der Gefäßläsion. Bis zum völligen Ersatz des primär im Stichkanal gebildeten Fibrinpflöpfes durch jungendliches Bindegewebe vergingen 15—30 Tage. Die Dauer dieses Prozesses ist weitgehend vom Ausmaß der Gefäßläsion abhängig. Ein häufiger Befund war die Durchstechung der A. carotis und gleichzeitige Verletzung der V. jugularis mit Umblutung des Nerven- und Gefäßstranges. Vereinzelt führte diese Nachblutung zur Kompression der V. jugularis oder einem Ödem des Aditus laryngis. Etwa gleich häufig wie eine ausgedehnte Blutung fand sich (10/43 der Fälle), als Folge des diagnostischen Eingriffes, ein dissezierendes Gefäßmikroaneurysma. Relativ oft traten auch wandständige Arterienthromben oberhalb des Einstichs auf. In Zusammenhang mit dem Arterieneinstich bei Arteriographie wurde der Einfluß eines von der A. carotis fortschreitenden Gefäßspasmus für gefäßspastische Veränderungen des Gehirns im Sinne RICKERS diskutiert. Bei drei Fällen fanden Verff. eine Läsion des Glomus caroticus, deren Bedeutung für die Beeinflussung der Gefäßnerven — sowie dem möglicherweise von dort ausgehenden Auftreten einer zuweilen beobachteten Bewußtlosigkeit, eines Kollaps- oder Kramp fzustandes — hervorgehoben wird.
W. MEIER (Basel)^{oo}

R. Michon et R. Marcoux: Accident thérapeutique local par injection intravasculaire d'isoamyléthylmalonylurée („Eunoctal“). (Örtliche therapiebedingte Verletzung durch intravasculäre Injektion von Eunoctal.) *Ann. Méd. lég.* 41, 431—433 (1961).

Bei einer 35jährigen Sekretärin, die wegen „neuropsychischer Störungen“ parenteral mit „Eunoctal“ (5-éthyl-5-isoamyl-barbitursäure) behandelt wurde, kam es nach der letzten intravenösen Injektion in ein Gefäß in Höhe des rechten Radiusköpfchens zu heftigen Schmerzen im rechten Daumen und Zeigefinger, die allmählich bis zur Mitte des Unterarmes aufstiegen. In den nächsten Tagen kam es zu einer Gefühllosigkeit und Blauverfärbung des Daumens und Zeigefingers. Man diagnostizierte eine Thrombose der A. radialis und führte diese auf eine intraarterielle Injektion des Mittels zurück. Trotz intensiver Therapie mit Antikoagulantien und Vasodilatoren, sowie Ganglion stellatum-Anaesthesie kam es zu einer trockenen Gangrän, und der rechte Zeigefinger und das Endglied des Daumens mußten amputiert werden. In den nächsten Monaten entwickelte sich eine Atrophie der Unterarmmuskulatur auf der radialen Seite. — Auf die schwere Berufsschädigung wird kurz hingewiesen. W. JANSSEN (Heidelberg)

G. Weimann und H. Winter: Querschnittslähmung nach Typhusschutzimpfung. [Med. Klin., Univ., Gießen.] Med. Welt 1961, 2048—2051.

Bei einem 21jährigen trat 14 Tage nach zwei in 4wöchigem Intervall durchgeführten Typhus-, Paratyphus- und Tetanus-Schutzimpfungen ein innerhalb 7 Tage trotz künstlicher Beatmung usw. zum Exitus führendes cervicales Querschnittssyndrom auf. Die pathol.-histologische Untersuchung, deren Ergebnisse im einzelnen geschildert werden, zeigte eine umschriebene hämorrhagische Rückenmarks-Nekrose. Die von verschiedenen Autoren bisher veröffentlichten Impfkomplicationen werden mit der Klärung des ätiologisch-pathogenetischen Zusammenhangs verwertet. Bei der in diesem Fall gleichzeitig bestehenden akuten Tonsillitis wird eine lokalisierte allergische Reaktion (etwa nach Art des unspezifischen Sanarelli-Schwartzman-Phänomen) angenommen, obwohl eindeutige morphologische Entzündungszeichen vor allem an den Gefäßen fehlten.

H. BETZ (Heidelberg)^{oo}

Wolfgang Ehrengut: Genetische Studien über die postvaksinale Enzephalitis. [Impfanst., Hamburg u. Bayer. Landesimpfanst., München.] Dtsch. med. Wschr. 86, 2164—2170 u. 2223—2228 (1961).

Die Ätiopathogenese der postvaccinalen Encephalitis (p. E.) ist bis heute immer noch ungeklärt. Auch die Vaccinetheorie (LUKSCH), die Theorie der neuroallergischen Genese (PETTE u. a.) und die Aktivierungstheorie (VAN BOUWDIJK BASTIAANSE) können die Genese nicht erklären. Die Toxintheorie von CRAMER gibt für einige nach einer Pockenschutzimpfung beobachtete Krankheitsbilder wie Myokarditis, Nephrose/Nephritis, Exantheme, Purpura, Erantheme der Darmschleimhaut, Iritis und Encephalomyelitis als Ausdruck einer Unverträglichkeit von Virusprodukten in den betreffenden Geweben einen einleuchtenden Anhalt, aber hierfür ist eine besondere Disposition des Erkrankten zu dieser Reaktionsweise Voraussetzung. Diese kann erworben sein wie im Fall von ECKSTEIN, bei dem das Kind kurz vor der Impfung eine Commotio erlitten hatte. Die Bedeutung körperlicher Überanstrengungen ist bekannt, ebenfalls die vorausgegangener Infekte. Auch Eitererkrankungen zur Zeit der Impfung sind gefährlich, hierbei ist den Erreger-toxinen eine sensibilisierende Wirkung zuzuschreiben. Sogar bei Ascaridenbefall kann das Ascaridentoxin eine Encephalopathie auslösen (Hirnödem), wie von chinesischer Seite und vom Verf. veröffentlichte Fälle zeigen. An eine Altersdisposition (Befreiung der über dreijährigen Impflinge von der gesetzlichen Impfpflicht in Deutschland) muß in entsprechenden Fällen gedacht werden. Ihre Ursachen sind noch unbekannt, vielleicht spielt die von PORTMANN nachgewiesene erst mit dem 5. Lebensjahr vollzogene Reifung des kindlichen Gehirns hierbei eine Rolle oder die zunehmende Neigung zu hyperergischen Reaktionen. Das familiäre Vorkommen der p.E. schafft den Begriff der „erblich belasteten Kinder“. Um dieses Problem der erblichen Disposition zu lösen hat der Verf. die „Zwillingsmethode“ angewandt und an Hand der Literatur und der Impfschadensmeldungen (Bundesgesundheitsamt Berlin) ausgewertet. Die im einzelnen sehr subtilen Analysen können im Referat nicht ausführlich gebracht werden. Es kamen im ganzen 18 Fälle zur Auswertung. Fünfmal wurde diskordantes Verhalten bei eineiigen und 13mal bei zweieiigen Zwillingen beobachtet. Unter der Voraussetzung, daß unter 10000 Erstimpfungen in den ersten zwei Lebensjahren ein Fall vpn p.E. auftritt, wurden die Beobachtungen ausgewertet (bei einer Revaccination besteht eine Wahrscheinlichkeit von 1:1,5 Millionen für eine p.E.!) Auffällig war das diskordante Verhalten erbgleicher Paare (Unterschiedliche Verteilung der Erbmasse oder des Chromatins auch bei eineiigen Zwillingen?) und ebenso auffällig, daß in allen Fällen gerade der körperlich kräftigere Paarling mit dem höheren Gewicht erkrankte (Gewicht nach VON VERSCHUER als umweltlabiles Merkmal, nach ROESSLE ohne Aussagewert für die Hirndifferenzierung beim Kind). Zwei der Probanden hatten Mißbildungen, interessant ist wieder, daß der Paarling mit dem angeborenen Vitium nicht erkrankte, sondern sein gesunder Bruder, im anderen Fall hatte der erkrankte Zwilling einen Klumpfuß (Myelodysplasie). Die Frage der Reihenfolge der Geburt der Zwillinge ist in jedem Fall zu berücksichtigen, da „beim schwierigen Mechanismus der Zwillingsgeburt die Gefahr einer Druckschädigung gerade des zuerst in den Geburtskanal eintretenden Schädels besonders nahe liegt“ (SCHULTE). Unter acht Impfen-encephalitiden war das Erstgeborene erkrankt. Das Ausmaß der Impfreaktion spielt bei der Entstehung einer p.E. keine Rolle. Andere postinfektiöse Encephalitiden kamen bei Zwillingen etwa dreimal so häufig vor als die p.E. Als Ergebnis der Untersuchungen ergibt sich, daß der Genotyp keinen entscheidenden Einfluß auf die Manifestation einer Impfen-encephalitis hat.

E. BORN (Köln)

E. Müller und D. Seitz: Zur Frage: Blande Encephalopathie post vaccinationem. [Neurol. Univ.-Klin., Hamburg-Eppendorf.] Dtsch. Z. Nervenheilk. 182, 267—277 (1961).

Mit Hinweisen auf die Literatur werden die Kriterien, die zur Annahme einer postvaccinalen Encephalopathie berechtigen, zunächst kritisch diskutiert. Als Hauptkriterium sowohl für Vollformen wie für Abortivformen wird die Manifestation von Symptomen innerhalb der Inkubationszeit bezeichnen, als äußerste Grenze werden dabei 3—30 Tage angenommen, wobei jedoch bereits Intervalle von mehr als 20 Tagen bedenklich stimmen sollten. Bei Defektzuständen könne als grobe Regel gelten, daß ein Zusammenhang mit der Vaccination um so unwahrscheinlicher wird, je geringfügiger das akute Stadium und je größer das Intervall bis zur Erstmanifestation war. Auf die erforderliche Zurückhaltung bei kausaler Verknüpfung von Krampfleiden und Impfschaden wird hingewiesen. Zur Illustration der Problematik hierbei wird über 13 eigene Fälle berichtet, bei denen in 6 eine kausale Beziehung erwogen, in 7 abgelehnt wurde. Die klinischen Daten dieser 13 Fälle sind tabellarisch zusammengefaßt. In 3 Fällen ergab sich die Frage eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Impfung und Verschlimmerung einer multiplen Sklerose. Die Autoren diskutieren das Problem chronischer Verläufe postvaccinaler Encephalopathien und vertreten den Standpunkt, daß eine solche Annahme nicht berechtigt sei, solange anatomisch der Nachweis chronischer Verläufe aussteht.

H. BAUER (Hamburg)^{oo}

K. Harnack und K. Gertich: Beitrag zum Problem der vakzinalen Sepsis. [Klin. u. Poliklin. f. Hautkranke, Med. Fak., Humboldt-Univ., Berlin.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 16, 2210—2212 (1961).

Es wird ein Fall von Vaccinia autoinoculata bei einem zweijährigen Mädchen beschrieben. Das Kind war während einer Diarrhoe geimpft worden. Am 8. Tag nach der Vaccination trat eine bullöse Lokalreaktion auf. In den folgenden 3 Tagen Pustelaussaat und Auftreten eines dreimal 5 cm großen gangränösen Bezirks in der linken Regio deltoidea. Erfolgreiche Behandlung mit einem Breitbandantibioticum und Injektion von γ -Globulin. Vom Impfarzt wird gefordert, daß er sich auch nach scheinbar „harmlosen“ Erkrankungen des Impfings erkundigt, um derartig schwere Komplikationen mit vaccinaler Sepsis zu vermeiden.

LEWKE (Heidelberg)^{oo}

Der Arzt im Strafrecht. Narkosetod. Dtsch. med. Wschr. 87, 751—752 (1962).

Es handelt sich um die Besprechung eines Urteiles des LG Bonn vom 8. 6. 61 (AZ 18 Ms 38/59). Bei der Verwendung eines Narkosegerätes kam es zu einem tödlichen Zwischenfall. An dem Gerät hatte eine Schwester zwischenzeitlich Änderungen vorgenommen und irrtümlich Anschlüsse verwechselt. Die Strafkammer vertrat im Gegensatz zur 1. Instanz die Auffassung, daß die Schuld des die Narkose durchführenden Arztes schon deshalb nicht erwiesen sei, weil der Nachweis nicht erbracht werden könne, daß die Ursache des den Tod auslösenden toxischen Lungenödems in der Anwendung des Gerätes zu erblicken sei. Zur Frage der Vorwerfbarkeit des Vorganges hat das Gericht die Meinung vertreten, daß sich der Narkosefacharzt nicht mit Unrecht habe darauf verlassen können, daß an dem Gerät nur er allein arbeite und keine anderen Arbeiten an ihm vorgenommen würden, als für die Reinigung des Gerätes und die Auswechslung der Sauerstoff-Flaschen, den nur dafür beauftragten Kräften obgelegen habe. Im Gegensatz dazu hat nach Meinung der Kammer die Schwester ihre Sorgfaltspflicht außer acht gelassen, denn es gehört nicht zu ihren Aufgaben, Umänderungen an Narkosegeräten vorzunehmen.

SPANN (München)

BGB §§ 276, 823 (Aufklärungspflicht des Arztes über mögliche Folgen von ärztlichen Eingriffen). Einer Aufklärung des Patienten über mögliche Schadensfolgen eines Eingriffs (hier: Kropfoperation) ist der Arzt enthoben, wenn er nach den besonderen Umständen des Falles und redlicher Verkehrsanschauung das Verhalten des Patienten dahin verstehen kann, daß er im Bewußtsein der Komplikationsmöglichkeit mit dem Eingriff einverstanden ist. [BGH, Urt. v. 26. IX. 61 — VI ZR 124/60, München.] Neue jur. Wschr. 15, 676 (1962).

E. Steindorff: Aufklärungs- und Fürsorgepflicht des Arztes. Therapiewoche 11, Nr 12, B8—B15 (1961).

Wenn ein Arzt einer Patientin Umstände verschweigt, die ängstigen könnten, treibe er Fürsorge. Damit verletzt er aber häufig die Rechtsnorm. Die Aufklärungspflicht wird für drei

Situationen in Frage gestellt: 1. Wenn Pat. nur durch eine Täuschung bewogen werden kann, einer in seinem Interesse gebotenen Behandlung zuzustimmen. 2. Wenn der Arzt das, was er dem Pat. eröffnet, bereits als Teil seiner Therapie betrachtet (Gesundungswillen zu stärken usw.). 3. Wenn die Mitteilung der Wahrheit unmittelbar schädlich ist. — Man müsse sich „über das positive Recht hinaus“ erheben, wenn die Auseinandersetzung mit der Rechtsordnung fruchtbar werden soll. Die Strafrechtsreform wird die Heilbehandlung weitgehend von dem Makel befreien, daß sie tatbestandsmäßig eine Körperverletzung sei. Der Gesetzgeber wird aber die „eigenmächtige Heilbehandlung“ mit Strafe bedrohen. Damit wird auch in Zukunft die Einwilligung und hierzu die Aufklärung erzwungen (der Pat. kann nur wirksam einwilligen, wenn er weiß, in was er einwilligt). In Frankreich verpflichtet sich der Arzt vertraglich gegenüber seinen Pat., sie aufzuklären; allerdings mit Hilfe einer Fiktion, denn der Normalpatient will eine ihm ungünstige Wahrheit nicht hören. — Historisch gesehen gewinnt die Aufklärungspflicht des Arztes erst Bedeutung, seitdem die Behandlungsmethoden für einen Laien nicht mehr übersehbar verfeinert wurden. Heute sind die Erkenntnisse der Medizin so kompliziert, daß man vom Einsichtsvermögen des Pat. her auf die Aufklärungspflicht verzichten könnte. Die Rechtsprechung sieht die Gründe für eine Aufklärung an anderer Stelle: Ihr moderner, zunächst in Frankreich ausgesprochener Grund, betrifft das Selbstbestimmungsrecht des Pat. Der Mensch ist aber nicht zur Selbstbestimmung in allen Lagen befähigt. Die französische Rechtsordnung hat dies berücksichtigt. — Dem Pat. müsse die Selbstbestimmung erhalten bleiben. Eine Fürsorge, die er nicht haben wolle, dürfe ihm nicht aufgezwungen werden. Aus dem postulierten Grundsatz, daß dem (geschwächten) Pat. nur die Notwendigkeit, aber nicht die Möglichkeit der Selbstbestimmung genommen werden soll, ergibt sich, daß im Regelfall die Aufklärung nur hinsichtlich der Diagnose und des Risikos unterbleiben kann. Der Arzt muß aber sagen, daß er eingreifen und was er tun will. Wo bei einem Kranken nur eine bestimmte Behandlung Aussicht auf Erfolg verspricht, wird man die Bedeutung der Selbstbestimmung relativ gering erachten dürfen; vor allem, wenn die Risiken gering sind.

GERCHOW (Frankfurt a. M.)

BGH §§ 249, 276, 823 (Körperverletzung durch Operation ohne Einwilligung des Patienten). Ein Arzt, dem der Auftrag zur Entfernung einer Cyste am Eierstock einer Frau erteilt war, der dann jedoch aus eigener Machtvollkommenheit eine Totaloperation vornimmt, weil er sie aus medizinischen Gründen für angezeigt hält, begeht eine zum Schadensersatz verpflichtende Körperverletzung. [LG Düsseldorf, Urf. v. 26. V. 61; 80 12/60.] Neue jur. Wschr. 14, 2064—2065 (1961).

Der Arzt hatte vorher sowohl der Patientin als auch dem Ehemann ausdrücklich versichert, daß das andere Ovarium normal sei; er nahm jedoch bei der Operation ohne vorangegangene Einwilligung auch das andere Ovarium mit fort, weil es eine Schokoladecyste enthielt.

B. MUELLER (Heidelberg)

StGB §§ 223, 226a (Einwilligung zur Heilbehandlung durch einen Nichtarzt). Die Einwilligung zur Heilbehandlung kann in zweifelsfrei geringfügigen Fällen auch den Eingriff durch einen Nichtarzt rechtfertigen, obwohl sich der Patient vorstellt, daß er von einem Arzt behandelt werde (hier: selbständige Behandlung durch einen sog. Famulus im Krankenhaus.) [BGH, Urf. v. 1. II. 61 — 2 Str 457/60, LG Kassel.] Neue jur. Wschr. 15, 682—684 (1962).

Willensmängel (hier: Irrtum über die Person des Behandlers — fehlende Approbation) nehmen einer Einwilligung (zur Behandlung) zwar in der Regel die rechtfertigende Kraft; eine solche irrtige Vorstellung des Patienten schließt allerdings den Rechtfertigungsgrund nicht immer aus, so bei Versorgung ganz geringfügiger, erkennbar ungefährlicher Verletzungen, bei denen die Frage nach der ärztlichen Approbation des Behandlenden („ein anderer Sachkundiger, ein Heilgehilfe oder eine Krankenschwester“) ganz unwesentlich bleibt. *Nur dann* hat die Einwilligung den Sinn, daß sie auch die Behandlung durch einen Nichtarzt gestattet. In welchem Umfang der Chefarzt seinem Famulus die selbständige Behandlung erlaubt hat, ist ohne Bedeutung, ebenso die Mutmaßung der Einwilligung. Der genannten Ausnahme sind also enge Grenzen gesetzt. Zu prüfen ist aber, ob der Famulus nicht verbotsirrtümlich über das Bestehen oder die Reichweite eines Rechtfertigungsgrundes geirrt hatte.

SCHLEYER (Bonn)

F. Halla: Narben und Fehlbehandlung. [6. Kongr., Dtsch. Ges. f. Aesthet. Med. u. ihre Grenzgeb., gem. mit Ges. Dtsch. Kosmetik-Chem. e. V., Konstanz, 11.—13. V. 61.] Aesthet. Med. (Berl.) 11, 109—111 (1962).

M. Kohlhaas: Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht auf Anweisung. Dtsch. med. Wschr. 86, 2125—2126 (1961).

Ein am Krankenhaus tätiger approbierter Arzt unterliegt bezüglich Innehaltung des Berufsgeheimnisses nicht den Weisungen des Chefarztes, sondern hat auf eigene Verantwortung zu entscheiden. Kennt der Chefarzt den Patienten persönlich, so ist es dem Chefarzt unbenommen, von sich aus Auskunft zu geben, wenn er meint, dies in Grenzfällen verantworten zu können. Kennt er den Patienten nicht persönlich, so ist es nicht zulässig, daß er seinen ärztlichen Mitarbeitern nach dieser Richtung hin Weisungen gibt, er kann sie lediglich beraten.

B. MUELLER (Heidelberg)

Max Kohlhaas: Die strafprozessuale Verwertbarkeit beschlagnahmter Krankenblätter. Neue jur. Wschr. 15, 670—671 (1962).

Der Verf. diskutiert unter Bezugnahme auf die von GOEBBELS (Berliner Ärzteblatt 1961, H. 19) vertretene Meinung die Frage, ob die der Staatsanwaltschaft durch das Studium rechtmäßig beschlagnahmter Krankenblätter bekannt gewordenen Delikte von Patienten, die in keinerlei Zusammenhang mit dem Beschlagnahmegrund stehen, prozessual verwertet werden dürfen. Es wird die Auffassung vertreten, daß alle Dinge, die mit dem zur Beschlagnahme führenden Verdachts nichts zu tun haben, so behandelt werden müssen, als ob die Beschlagnahme unzulässig gewesen wäre oder gar nicht stattgefunden hätte. Angesichts eines solchen Beweisverbotes, das sich nicht aus dem Gesetz, aber aus dem Sinne der ärztlichen Geheimnisphäre ergibt, ist weiter zu folgern, daß die Staatsanwaltschaft ohne mit dem Legalitätsprinzip in Konflikt zu kommen, über die Stellen hinweglesen muß. (Was aber dann, wenn es nicht getan wird und ein Patient in einem solchen Falle in ein Ermittlungsverfahren gerät oder gar angeklagt wird? Ref.)

SPANN (München)

StPO §§ 53 Abs. 2, 94, 97, 250; StGB § 300 (Zulässigkeit der Beschlagnahme von Krankengeschichten). a) Krankengeschichten und sonstige ärztliche Unterlagen über die Behandlung eines Patienten dürfen beschlagnahmt werden, wenn und soweit der Arzt von der Schweigepflicht entbunden ist. b) Das in § 97 StPO enthaltene Beschlagnahmeverbot für derartige Gegenstände gilt nur, soweit das Zeugnisverweigerungsrecht reicht. c) In diesen Grenzen ist die Beschlagnahme unabhängig davon zulässig, ob der Patient den Inhalt der Behandlungsunterlagen kennt oder kennen kann. d) Geheimnisse Dritter stehen der Beschlagnahme entgegen, solange diese den Arzt nicht ebenfalls von der Schweigepflicht entbunden haben. e) Die allgemeinen Aufgaben des ärztlichen Berufs und das Eigentum des Arztes an seinen Unterlagen beseitigen die Zulässigkeit der Beschlagnahme nicht. f) Der mögliche Widerruf der bereits ausgesprochenen Entbindung von der Schweigepflicht begründet nicht die Unzulässigkeit der Beschlagnahme. g) Die Beschlagnahme ist unabhängig davon zulässig, ob der Arzt als Zeuge zur Verfügung steht. [OLG Hamburg, Beschl. v. 29. XII. 61 — Ws 756/61.] Neue jur. Wschr. 15, 689—692 (1962).

Es handelte sich um eine Verkehrsflucht. Der Krankenhausarzt hatte sich geweigert, die Krankengeschichte herauszugeben, obwohl er vom Berufsgeheimnis einwandfrei befreit worden war. Die Krankengeschichte war daher beschlagnahmt worden, der Arzt hat Beschwerde eingelegt, die aber abgelehnt wurde (siehe obige Begründung).

B. MUELLER (Heidelberg)

E. Philipp: StGB §§ 300, 59 (Irrtümliche Annahme der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht. Bewußte Irrtumserregung durch Dritte). a) Das Merkmal „unbefugt“ im § 300 StGB ist gleichbedeutend und zu ersetzen durch die Worte „ohne Einwilligung des Betroffenen“. Die irriige Annahme eines Arztes, der Patient habe seine Einwilligung zur Erstattung eines Gutachtens erteilt, schließt daher als Irrtum

über einen Tatumstand (§ 59 StGB) den Vorsatz aus und verhindert auch bei Fahrlässigkeit die Bestrafung. b) Wer durch die Täuschung die Einwilligung des Patienten liege vor, einen Arzt zur Preisgabe von Berufsgeheimnissen bringt, begeht straflose „Anstiftung“ zu unvorsätzlicher Tat, § 300 StGB straft nicht das Ausspähen, sondern nur den Verrat von Berufsgeheimnissen. [OLG Köln, Beschl. v. 19. X. 61 — Zs 859/60.] Neue jur. Wschr. 15, 686—688 (1962).

Eine Frau war von einem Jäger versehentlich durch Schrotschuß verletzt worden, sie hatte sich in der Ambulanz einer Chirurgischen Klinik behandeln lassen. Die Haftpflichtversicherungsgesellschaft des Jägers bat um Auskunft über die Art der Verletzung. Im Vordruck war erwähnt, die Verletzte sei mit der Erstattung des Gutachtens einverstanden. Der Arzt war so vorsichtig, fermündlich zurückzufragen und erhielt von einem Angestellten der Versicherung (der gleichfalls beschuldigt ist) zu Unrecht die Auskunft, daß die Versicherte einverstanden sei. Die verletzte Frau stellte gegen den Arzt Strafantrag wegen Verletzungen des Berufsgeheimnisses. Die Staatsanwaltschaft lehnte die Eröffnung des Verfahrens ab, dagegen klagte die Verletzte beim OLG. Wie sich aus dem Beschluß ergibt, lehnte auch das OLG eine Eröffnung des Verfahrens ab; doch wird in der Begründung zum Ausdruck gebracht, daß das Verhalten des Arztes tadelnswert leichtfertig war, doch sei nur der Vorsatz strafbar (Ref. kann es nicht unterlassen, zum Ausdruck zu bringen, daß die Auffassung des OLG, der Arzt habe tadelnswert leichtfertig gehandelt, von sehr vielen Seiten nicht gebilligt werden wird. Auf die Mitteilungen der Versicherung, die ein Gutachten anfordert, muß der Arzt sich verlassen können. Verlangt man etwa vom Arzt, daß der Geheimnisherr persönlich oder schriftlich die Einwilligung gibt, so erscheint dies überspannt und hat zur Folge, daß die Erstattung von Gutachten noch mehr als sonst verzögert wird).

B. MUELLER (Heidelberg)

Die Haftung des Arztes und des Krankenhausträgers bei unentgeltlicher Krankenhausaufnahme und Behandlung. Dtsch. med. Wschr. 87, 313—314 u. 317 (1962).

Die Frage der Haftung bei unentgeltlicher Behandlung betrifft nicht nur die Fälle von stationärer Krankenhausaufnahme, sondern auch den praktizierenden Arzt, der aus irgendeinem Grund auf sein Honorar verzichtet. Es wird die Auffassung vertreten, daß auch in den Fällen von unentgeltlicher Behandlung vertragliche Beziehungen zwischen den Beteiligten bestehen. Aus diesem Vertrag erwachsen beiden Parteien Rechte und Pflichten. Liquidiert der Arzt im Einzelfalle nicht, so liegt rechtlich ein Erlaßvertrag vor, der eine wirksam entstandene Verpflichtung des Patienten zur Zahlung voraussetzt. Der Erlaß des Honorars oder der Krankenhauskosten hat auf die Haftung des Arztes oder Krankenhausträgers im Falle schuldhafter Schädigung des Patienten keinen Einfluß. Der Arzt haftet somit auch bei unentgeltlicher Behandlung in vollem Umfang.

SPANN (München)

R. Schmelcher: Haftpflicht des Arztes für Röntgenshäden; Aufklärungspflicht, Beweislast. Dtsch. med. Wschr. 87, 607—609 (1962).

Wenn ein Arzt einen Patienten zur Röntgenuntersuchung an einen Röntgenarzt überweist, so ist dieser straf- und zivilrechtlich haftpflichtig. Eine strafrechtliche Haftpflicht des überweisenden Arztes kommt höchstens dann in Frage, wenn ihm bekannt sein kann, daß der Röntgenarzt unzuverlässig oder unzureichend eingerichtet war. Es ist nicht notwendig, daß der Kranke schriftlich seine Einwilligung gibt, es ist aber zweckmäßig, wenn die Aufklärung in Gegenwart anderer geschieht (Assistent, Schwester, Sprechstundenhilfe). Wenn man ganz sicher gehen will, kann man sich die Einwilligung auch schriftlich geben lassen. Verf. bringt einen rechtlich einwandfreien Wortlaut einer Einwilligungserklärung.

B. MUELLER (Heidelberg)

Peter Hartmann: Persönlichkeitsrecht und Schmerzensgeld. Neue jur. Wschr. 15, 12—16 (1962).

Verf. behandelt zunächst den derzeitigen Stand der Meinungen über Umfang und Grenzen des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts sowie über die Möglichkeit des Ersatzes eines lediglich immateriellen Schadens bei Verletzung dieses im Gesetz nicht ausdrücklich genannten Rechts. Anschließend setzt er sich kritisch mit der neuesten Rechtsprechung des BGH zum Schmerzensgeld bei Verletzung des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts auseinander und macht aus grundsätzlichen dogmatischen Erwägungen erhebliche Bedenken geltend. Nach seiner Auffassung ist nach geltendem Recht die Zubilligung eines solchen Schmerzensgeldes noch nicht möglich.

GÜNTHER BRÜCKNER (Heidelberg)

Herold: Ärztlicher Honoraranspruch und private Krankenversicherung. Med. Mschr. 16, 117—119 (1962).

Nach Meinung von Verf. soll der Arzt so liquidieren, als ob ein privater Krankenschutz nicht besteht. Es ist unzulässig, daß der Arzt von vornherein versichert, der Patient brauche nur den Anteil zu bezahlen, den die private Krankenversicherung erstattet; dies könne sogar als Beihilfe zum Betrug aufgefaßt werden. Ob der Arzt nach der PREUGO oder nach der AGGO liquidiert, ist nach Meinung von Verf. unerheblich. B. MUELLER (Heidelberg)

Georg Schulz: Ist ein von der Krankenkasse ausgestellter Krankenschein juristisch als Urkunde zu betrachten? Münch. med. Wschr. 103, 2398 (1961).

Nach Meinung von Verf. ist ein Krankenschein keine eigentliche Urkunde. Füllt ein Arzt den Krankenschein vorsätzlich unrichtig aus, so wird er nicht wegen Urkundenfälschung, sondern wegen Ausstellung eines unrichtigen Gesundheitszeugnisses bestraft, so eine Ärztin, weil sie auf den Krankenschein Diagnosen vermerkt hatte, ohne die Patientin persönlich gesehen, geschweige denn untersucht zu haben. B. MUELLER (Heidelberg)

Herbert Kauczor: Ist das Nichteingreifen bei fremdem Selbstmord gemäß § 330 StGB strafbar? Neue jur. Wschr. 15, 479—480 (1962).

Verf. wendet sich gegen die Ausdehnung des Tatbestandsmerkmals „Unglücksfall“ auf Fälle der versuchten Selbsttötung. Nach seiner Auffassung kann „als Unglücksfall i. S. von § 330 c StGB nur ein Ereignis angesehen“ werden, „das vom Willen des einzelnen nicht beherrschbar ist“. GÜNTHER BRÜCKNER (Heidelberg)

BGB § 847 (Berücksichtigung von durch Körperkonstitution verursachten Beschwerden bei Bemessung des Schmerzensgeldes). Bei der Bemessung des Schmerzensgeldes kann der Umstand berücksichtigt werden, daß körperliche Beschwerden des Verletzten nicht allein durch die unerlaubte Handlung, sondern mit durch dessen Körperkonstitution verursacht worden sind, mögen sie auch erst durch die Verletzung ausgelöst worden sein. [BGH, Urt. v. 16. XI. 61 — III ZR 189/60, Bamberg.] Neue jur. Wschr. 15, 243 (1962).

Bei der Bemessung des nach Billigkeit festzusetzenden Schmerzensgeldes sind auch Umstände zu berücksichtigen, die ohne Einfluß auf die Unfallfolgen sind (z. B. Vermögenslage der Beteiligten). Infolgedessen „kann es nicht rechtsfehlerhaft — vielmehr nach Lage des Falles sogar geboten — sein, auch darauf abzustellen, in welchem Grade die körperlichen Beschwerden des Verletzten einerseits durch den Unfall und andererseits durch eine vorher vorhandene krankhafte Anlage verursacht worden sind. Der Grad der Verursachung, mit welchem die unerlaubte Handlung zu den Leiden des Verletzten beigetragen hat, ist sowohl für die Ausgleichs- wie besonders für die Genugtuungsfunktion des Schmerzensgeldes von Bedeutung“.

GÜNTHER BRÜCKNER (Heidelberg)

StGB § 224 (Dauernde Entstellung durch Verlust von Schneidezähnen). Durch den Verlust der vier oberen und der vier unteren Schneidezähne ist ein Mensch immer in erheblicher Weise dauernd entstellt. Daran ändert es nichts, daß der Verlust dieser Zähne künstlich ersetzt werden kann. [BGH, Urt. v. 2. III. 62 — 4 StR 536/61, SchwG, Detmold.] Neue jur. Wschr. 15, 1067—1068 (1962).

VwGO § 80 Abs. 2 Ziff. 4, Abs. 3 Satz 1; ReichsärzteO — RÄO — § 7 Abs. 1 Satz 1 (Vollziehung der Anordnung des Ruhens der ärztlichen Berufsbefugnis). a) Es fehlt an der für die Anordnung der sofortigen Vollziehung geforderten schriftlichen Begründung, wenn sie nur den Gesetzestext wiederholt. Eine solche Anordnung ist wegen Formfehlers unwirksam. b) Das besondere Interesse an der sofortigen Vollziehung (§ 80 Abs. 3 Satz 1 VwGO) ist am Einzelfalle nachzuweisen. Gründe, die lediglich den streitigen Verwaltungsakt rechtfertigen könnten, scheiden grundsätzlich aus. c) Hat die Behörde festgestellt, daß dem Arzte wegen einer Sucht die berufliche Eignung oder Zuverlässigkeit fehlt, so rechtfertigt die Sucht für sich allein

noch nicht die sofortige Vollziehung der Anordnung über das Ruhen der Berufsbefugnis. [OVG Münster, Beschl. v. 1. VIII. 61 — III B 349/61.] Neue jur. Wschr. 15, 698—700 (1962).

Die Verwaltungsbehörde hat gegen einen praktischen Arzt wegen Verdachtes in unzulässig hohem Maße Pervitin zu verschreiben und betäubungsmittelsüchtig zu sein, gemäß § 7 RAO die Rücknahme der Bestallung verfügt und die sofortige Vollziehung der Verfügung angeordnet. Der Arzt erhob Widerspruch über den noch nicht entschiedenen ist und beantragte beim Verwaltungsgericht (VG) die Aussetzung der sofortigen Vollziehung der Verfügung. Das VG setzte die Vollziehung befristet aus. Das OVG gab der Beschwerde des Arztes statt und setzte mit dem oben abgedruckten Beschluß den Vollzug der Verfügung unbefristet aus. SPANN (München)

StPO §§ 24, Abs. 1, 74 Abs. 1, 81 Abs. 1, 94, 116 Abs. 2, Abs. 5, 244 Abs. 3; UVollzO Nr. 31 Abs. 1, 32 Abs. 1, 34 Abs. 4 (Ablehnung eines Sachverständigen. Nichteinhaltung der Wahrunterstellung, Sachaufklärung geht der Wahrunterstellung vor). a) Der zum Sachverständigen bestellte Anstaltsarzt hat grundsätzlich nicht das Recht, den Briefwechsel des in Untersuchungshaft befindlichen Beschuldigten anzuhalten, geschweige denn nach eigenem Gutdünken zu vernichten. Wenn der Sachverständige glaubt, einen ihm offen übergebenen Brief des Beschuldigten beanstanden zu müssen, so steht es ihm frei, den Brief ebenso dem zuständigen Richter vorzulegen, wie sonstige, verschlossen bei ihm durchgehende Post des zur Beobachtung eingewiesenen Untersuchungshäftlings. b) Hat der zum Sachverständigen bestellte Arzt den ihm offen übergebenen Brief des in Untersuchungshaft befindlichen Beschuldigten nach Überprüfung vernichtet, so hat der Beschuldigte von seinem Standpunkt aus bei Sachverständiger Würdigung des Vorfalles im allgemeinen Grund zu der Annahme, der Sachverständige werde ihm gegenüber möglicherweise eine Haltung einnehmen, die dessen Unvoreingenommenheit und Unparteilichkeit bei Erstattung des Gutachtens störend beeinflussen könne. c) Kommt das Gericht, das eine Behauptung als wahr unterstellt hat, bei der Urteilsfindung zu der Überzeugung, diese Behauptung sei aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen für die Entscheidung unerheblich, so ist es nicht daran gehindert, eine Feststellung hinsichtlich dieser Behauptung im Urteil zu unterlassen (vgl. RGSt. 65, 322, 330). d) Es stellt jedoch einen sachlich-rechtlichen Mangel dar, wenn sich das Gericht mit den auf Tatsachenbehauptungen gestützten und nicht eindeutig unerheblichen Bedenken des Angeklagten gegen die Glaubwürdigkeit eines bestimmten Zeugen nicht auseinandersetzt. — Zu a) und b): In den Gründen wird nochmals auf die ausschließliche Aufsicht des Briefverkehrs eines U-Gefangenen durch den Richter gem. § 116 Abs. 5 StPO hingewiesen; der zum Sachverständigen bestellte Arzt darf weder den Briefwechsel des Beschuldigten überprüfen (!) noch ihn anhalten oder gar vernichten — unabhängig von noch so wohlmeinender Absicht. Tut er es dennoch, so kann aus der Sicht des Beschuldigten — und nur darauf kommt es an — eine Ablehnung des betreffenden Sachverständigen durchaus begründet sein; ihr ist im konkreten Fall stattzugeben. — Zu c) und d): Nähere Auseinandersetzung rechtlicher Art zum Inhalt der Leitsätze und unter dem Gesichtspunkt: Sachaufklärung geht der Wahrunterstellung vor. In einem Sittlichkeitsprozeß darf nicht die — entgegen ihren eigenen eidlichen Bekundungen — aufgestellte Behauptung über die jugendliche Belastungszeugin, sie habe anderweit mehrfach Geschlechtsverkehr gehabt, als wahr unterstellt oder als unerheblich angesehen werden, ohne die Zeugin nochmals zu hören. [BGH, Urt. v. 14. VII. 61; 4 StR 191/61, LG Kleve.] Neue jur. Wschr. 14, 2069—2070 (1961).