

erlaubte, die Fesselungsketten unter Strom von 4—125 V zu legen. G. selbst ließ sich dahin ein, daß er mit der Einrichtung seiner Folterkammer kein Verbrechen, sondern nur eine Pressensation vorbereitet habe. Die Staatsanwaltschaft konnte aber nachweisen, daß G. bis zu seiner Festnahme keine Verbindung mit Reportern aufgenommen, dagegen bereits Schritte eingeleitet hatte, einen Altmetallhändler in das Haus zu locken. Das Schwurgericht Traunstein sprach G. schuldig, als gefährlicher Gewohnheitsverbrecher in zwei Fällen versucht zu haben, eine andere Person zur Begehung von im Sinne der §§ 255, 249, 251 StGB (Raub und besonders schwere räuberische Erpressung) mit Strafe bedrohten Handlungen zu bestimmen und verurteilte ihn zu einer Gesamtstrafe von 5 Jahren Zuchthaus. BERG (München)

StGB § 211, 212 (Tötung „aus verschämter Liebe“). Zur rechtlichen Würdigung der Tötung „aus verschämter Liebe“. [LG Aachen, Urt. v. 10. VII. 1962; 2 Ks 2/62.] Neue jur. Wschr. 15, 2313—2314 (1962).

Ein italienischer Gastarbeiter unterhielt ohne Wissen des Ehemannes ein intimes Liebesverhältnis mit einer Frau. Die Frau brach das Verhältnis ab und verdächtigte den Gastarbeiter, er wolle sich einer anderen Frau zuwenden. Am Tage nach dem Zerwürfnis tötete der Gastarbeiter die Frau durch eine Anzahl von Messerstichen; wahrscheinlich war ein erneuter Zank vorangegangen. Das Schwurgericht verurteilte wegen Totschlags, der BGH verwarf die Revision der Staatsanwaltschaft. Tötung aus verschämter Liebe brauche nicht aus niedrigen Beweggründen erfolgen, sei also nicht ohne weiteres ein Mord. Als Motive kämen in Frage: Vergeltung und Vernichtungswillen, verletzter Stolz, Wut über die Abweisung, Ärger und Enttäuschung, Zorn über das kalte Verhalten des Partners, z. B. Zerreißen des Lichtbildes. Unter solchen Umständen könne reine Verzweiflung das Tun des Täters lenken. B. MUELLER (Heidelberg)

Klaus Tiedemann: Haftung für Gesundheitsbeschädigungen Gefangener. Neue jur. Wschr. 15, 1760—1762 (1962).

Verf. macht Bedenken gegen das Urteil des BGH vom 18. 1. 1962 (NJW 1962, 1053) geltend, in dem die Haftung für Gesundheitsbeschädigungen Gefangener behandelt wird. Er betont, „daß das besondere Gewaltverhältnis der Gefangenschaft dem Staat besondere Schutz- und Fürsorgepflichten auferlegt“, und untersucht dann, ob der Aufpfergungsbestand eingreift.

GÜNTHER BRÜCKNER (Heidelberg)

Joachim Martens: Verweigerung der Fahrerlaubnis nach Ablauf der Sperrfrist? Neue jur. Wschr. 16, 139—141 (1963).

Die Zweispurigkeit der Entziehung der Fahrerlaubnis, die teils den Strafgerichten, teils den Verwaltungsbehörden obliegt, führt zu mannigfachen Schwierigkeiten; vielfach verläßt sich die eine Stelle auf die andere, wodurch sich unliebsame Auswirkungen auf die Ausschaltung ungeeigneter Kraftfahrer ergeben. Dabei spielt vor allem die Frage eine Rolle, in welchem Umfange die Verwaltungsbehörde an die Entscheidung des Strafrichters gebunden ist und ob die Verwaltungsbehörde nach Ablauf der Sperrfrist von sich aus die Erteilung einer neuen Fahrerlaubnis verweigern kann. Durch ein (allerdings noch nicht rechtskräftiges) Urteil des Oberverwaltungsgerichts Berlin vom 28. 11. 1962 (OVG I B 22. 62) ist die Frage erneut in den Vordergrund gerückt worden. — Verf., Verwaltungsrichter in Berlin, erörtert die Problematik der Verweigerung einer Fahrerlaubnis nach Ablauf der Sperrfrist, die von einigen Verwaltungsgerichten und Autoren gebilligt, von anderen abgelehnt wird; er neigt offenbar mehr der letzteren Meinung zu, räumt aber ein, daß die verteilte Zuständigkeit zu wenig erfreulichen Ergebnissen führen könne. Wenn nicht die Entziehung der Fahrerlaubnis wieder in vollem Umfange den Verwaltungsbehörden übertragen werde, so sollte doch mindestens eine Koordinierung der Aufgaben von Strafjustiz und Verwaltung herbeigeführt werden. Zu einer Lösung auf Grund des geltenden Rechts kommt Verf. nicht. KONRAD HÄNDEL (Karlsruhe)

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

G. Möbius, M. Konrath und H. Heinrich: Tödliche Gasbrandinfektionen nach ärztlichen Eingriffen. [Path. Inst., Bez. Krankenh. u. Bez.-Hyg.-Inst., Schwerin.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 17, 534—542 (1962).

Die Autoren berichten über vier tödliche Gasbrandinfektionen nach ärztlichen Eingriffen. — Ein 57jähr. Pat., der an einer asthmoiden Bronchitis leidet, erhält eine intramuskuläre Injektion

in den Oberschenkel. Etwa 12 Std später stellen sich an dem Bein starke Schmerzen ein. Als nach weiteren 24 Std auch noch eine teigige Gewebsschwellung und bläuliche Verfärbung hinzukommt, wird die Diagnose „Gasbrand“ gestellt und die Oberschenkelmuskulatur breit eröffnet. Pat. stirbt trotz dieses Eingriffs. Der Gasbrand wurde bakteriologisch gesichert. — Ein 58jähr. Landarbeiter erhält wegen einer Ischialgie eine intramuskuläre Injektion ins Gesäß. Zwei Tage später klagt er über starke, ständig zunehmende Schmerzen im Bereich der Injektionsstelle. Es bildet sich sehr schnell eine erhebliche Gewebsschwellung und bläuliche Verfärbung, die auf den Oberschenkel übergreift. Bereits 12 Std nach Auftreten der ersten Symptome kommt der Pat. ad exitum. Die Diagnose „Gasbrand“ wurde histologisch gesichert. — Eine 65jähr. und eine 71jähr. Pat. leiden an peripheren Kreislaufstörungen, die eine Oberschenkelamputation erforderlich machen. Gasbrandinfektionen der Amputationswunden führen den Tod herbei. — Bakteriologisch-epidemiologische Untersuchungen ermitteln Mängel an einer Sterilisationsanlage und in der Sterilisationstechnik sowie Fehler in der Aufbewahrung der zur Injektion verwandten Gerätschaften. — Nach kurzem Eingehen auf die Erreger, ihre Verbreitung, das klinische Bild und die pathologisch-anatomischen und histologischen Befunde des Gasbrandes und Gasödems werden unter Einbeziehung des Schrifttums die Gasbrandinfektionen nach therapeutischen Injektionen und Operationen besprochen. Aus der Erörterung der verschiedenen Möglichkeiten, unter denen ärztliche Eingriffe zu Gasbranderkrankungen führen können, werden folgende Hauptforderungen für die Prophylaxe abgeleitet: 1. Laufende sachkundige Überprüfung der Sterilisationsanlagen und gewissenhafte Beachtung der Sterilisationsvorschriften. 2. Regelmäßige Scheuerdesinfektion der Operationsabteilungen und ihrer Vorräume mit 3%iger Formalinlösung. 3. Stations-, Verbands- und Untersuchungsräume sollen so vom Publikumsverkehr abgeschlossen sein, daß möglichst keine Staub hineingetragen werden kann. Das Halten von Topfpflanzen aller Art auf allen chirurgischen, gynäkologischen und geburtshilflichen Stationen, in allen Krankenzimmern wie auch besonders in den Stationszimmern ist zu unterbinden. Auch in ärztlichen Praxen und anderen Behandlungs- und Untersuchungsräumen, in denen Injektionen verabreicht werden, sollten keine Topfpflanzen gehalten werden, da Gartenerde außerordentlich reich an thermoresistenten anaeroben Sporen — auch Gasbrandbacillen — ist. 4. Die zur Entnahme steriler Spritzen und Kanülen dienenden Pinzetten sollten nicht in Desinfektionsmitteln, sondern in sterilen Glasschalen, am besten in schlanken Standgläsern, aufbewahrt werden, die täglich zu sterilisieren sind. Die meisten Desinfektionslösungen bewirken keine Abtötung von Gasbrand, Tetanus oder sonstigen Sporen. Am gefährlichsten sind alkoholische Lösungen, welche auf Sporen geradezu konservierend wirken.

D. WIEBECKE^{oo}

H. Kunz, E. Domanig jr. und L. Howanietz: Die Ursachen postoperativer Todesfälle. [II. Chir. Univ.-Klin., Wien.] *Langenbecks Arch. klin. Chir.* 299, 441—460 (1962).

Dem Bericht liegen 2596 postoperative Todesfälle aus den Jahren 1943 bis 1960 bei insgesamt 63 026 operativen Eingriffen zugrunde. Die Gesamtletalität betrug also 4,1%. Sie weist gegenüber einem früher bearbeiteten Zeitabschnitt von 1933 bis 1943 mit 4,3% Letalität keine nennenswerte Veränderung auf. Bei der Analyse der Todesursachen fanden sich einige wesentliche Verschiebungen. So trat die pyogene Infektion der Häufigkeit nach von der 2. auf die 7. Stelle zurück. Die Peritonitis, die lange Zeit an der Spitze stand, war an die 4. Stelle gerückt. Auffallend ist der Anstieg der Lungenembolie, welche von der 7. auf die 2. Stelle vorrückte und im letzten Zeitabschnitt 14,5% aller Todesursachen ausmachte. Ferner wurde festgestellt, daß die Häufigkeit des postoperativen Darmverschlusses, insbesondere seiner dynamisch-paralytischen Form, zunahm. Der Narkosetod und der intraoperative Herzstillstand kamen im letzten Zeitabschnitt ebenfalls häufiger vor als früher. Die vermutlichen Ursachen werden diskutiert. Bei Aufgliederung der Todesfälle nach der Grundkrankheit ergab sich, daß die malignen Tumoren mit 40% aller Todesfälle weit an der Spitze standen. Tod durch Grundkrankheit und Allgemeinzustand waren also weitaus häufiger als etwa der Chirurgie zu Lasten zu legende operative Todesfälle.

BACH (Heidelberg)^{oo}

P. H. Addison: The medico-legal aspects of accepted practice and recognised hazards in medical treatment. *Med. Sci. Law* 2, 284—293 (1962).

Charles Drew: Hazards associated with the extracorporeal circulation in cardiac surgery. *Med. Sci. Law* 2, 306—316 (1962).

Rowland H. Long: The rule of res ipsa loquitur in medical malpractice. *Med.-leg. J. (Camb.)* 30, 122—135 (1962).

J.-P. Weill: Les ulcères médicamenteux. (Arzneimittel als Ursache der Magengeschwüre.) *Strasbourg méd.*, N.S. 13, 602—609 (1962).

Die Frequenz der Magengeschwüre, deren Ursache auf Einnahme gewisser Arzneimittel beruht, hat sich in letzter Zeit erhöht. Die Arznei ist in 6% der Fälle schuld an gewöhnlichen Magengeschwüren und in 12% der Fälle an Blutungen. Verf. beschuldigt besonders vier Arzneimittel: Corticoide, Butazolidin, Aspirin und Reserpin. Die ulcusfördernde Wirkung im Rahmen der angewandten Dosis, sowie die Vorbeugung solcher Fälle befinden sich in einer sehr praktischen Zusammenfassung.
A. J. CHAUMONT (Strasbourg)

Gerhard Möllhoff: Nebenwirkungen und Gefahren bei der intracisternalen Therapie nach REID mit Procain-Coffein-Gemischen. *Med. Sachverständige* 58, 149—155 (1962).

Beim Vorliegen von postinfektiösen Encephalitiden ist von REID eine suboccipitale Injektion eines äquimolaren Stoffkomplexes aus 2% Procain und 1,42% Coffein nach Durchmischung mit Liquor in die Cyste vorge schlagen worden. Nach dem Bericht von Verf. wurde diese Therapie anlässlich von Erholungskuren bei drei Patienten angewandt, von denen einer an vegetativen Störungen, ein anderer an einem, allerdings durch Nachuntersuchung nicht bestätigtem, organisch bedingtem traumatischem Hirnstammsyndrom und der dritte an epileptoiden Anfällen litt. (Es war, wie sich später herausstellte, eine progressive Paralyse.) In allen drei Fällen kam es nach der Injektion zu starken Kopfschmerzen und danach zu psychotischen Symptomen, die nach einiger Zeit zurückgingen. Verf. macht darauf aufmerksam, daß die kleinste letale Dosis für Procain bei 3 mg/kg liegt, die angewandte Dosis war sicherlich zu hoch. Reichlich Literaturzitate, jedoch kein Literaturverzeichnis; es kann vom Verf. angefordert werden.
B. MUELLER

G. Herold: Selbständige Behandlung durch einen Famulus im Krankenhaus. *Med. Klin.* 57, 1953—1955 (1962).

Ein Famulus hatte in einem Krankenhaus in Vollnarkose eine Sehnennaht nach Sensenschneidverletzung durchgeführt. Er war wegen vorsätzlicher Körperverletzung angeklagt und zunächst freigesprochen worden. Der BGH verwies die Angelegenheit an das Landgericht zurück. Nach seiner Meinung hätte die Patientin niemals ihre Einwilligung dazu gegeben, daß ein Nichtarzt diese Operation durchführt. Es hat an Aufklärung gefehlt. Aber selbst wenn die Patientin zugestimmt hätte, hätte man die etwaige Einwilligung als rechtsunwirksam ansehen müssen. Der BGH sieht es schon als bedenklich an, wenn ein Famulus darüber entscheidet, ob eine Injektion gegeben werden soll oder nicht. Eine klare Abgrenzung zwischen der erlaubten Tätigkeit eines Famulus wird nicht gegeben. Die Tätigkeit der Medizinalassistenten wird in diesem Urteil überhaupt nicht berührt (Ref.).
B. MUELLER (Heidelberg)

R. Bernhardt: Bestehen allgemeinerrechtliche oder standesrechtliche Bedenken, wenn auf Grund des herrschenden Mangels an Assistenzärzten ärztliches Hilfspersonal (Schwestern, technische Assistentinnen) nach entsprechender Schulung zur Assistenz bei Operationen herangezogen werden? *Dtsch. med. Wschr.* 87, 2386—2388 (1962).

Verf. (Jurist) bejaht die aufgeworfene Frage sowohl vom standesrechtlichen als auch vom allgemeinrechtlichen Standpunkt aus in der Voraussetzung, daß der Chefarzt die Fähigkeiten der zugezogenen Personen laufend überprüft.
B. MUELLER (Heidelberg)

StGB § 222 (ärztliche Außenseitermethoden als Kunstfehler bei Krebsbehandlung; Isselsfall). Über die Voraussetzungen, unter denen die Anwendung von ärztlichen Außenseitermethoden als Kunstfehler anzusehen ist. [BGH, Urt. v. 3. 5. 1962; 1 StR 18/62, LG München II.] *Neue jur. Wschr.* 15, 1780—1782 (1962).

In dem bekannten Isselsprozeß in München hatte der angeklagte Chefarzt in der Hauptverhandlung Beweis dafür angeboten, daß die von ihm ausgeübte interne Krebstherapie nicht nur eine robrierende, sondern eine krebspezifische Wirkung hatte, und zwar bei histologisch gesicherten bösartigen Primärtumoren. Es sollte hier in 27 Fällen zu einer Stabilisierung des Prozesses, zu einer Rückbildung der Geschwülste und zu einer Rezidivfreiheit gekommen sein. Der BGH beanstandete, daß die Kammer auf dieses Beweisangebot nicht eingegangen sei, es sei nicht alles abzulehnen, was nicht der Schulmedizin entspricht, zum mindesten sei eine Nachprüfung erforderlich.
B. MUELLER (Heidelberg)

G. Herold: Das ärztliche Berufsgeheimnis. Münch. med. Wschr. 104, 2354—2357 (1962).

G. Schulz: Keine Bekanntgabe von amtsärztlichen Gutachten an den Untersuchten. Dtsch. med. Wschr. 87, 2092—2093 (1962).

Verf. tritt mit Nachdruck einer von WIMMER publizierten Auffassung entgegen, nach der der Amtsarzt eine untersuchte Person über das Ergebnis der Untersuchung zu unterrichten habe. Die herrschende Meinung wird erschöpfend dargetan. SPANN (München)

B. Mueller: Das ärztliche Berufsgeheimnis in Europa unter besonderer Berücksichtigung eines Spezialfalles. Med. Welt 1962, 2168—2171.

Verf. warf folgende Testfrage auf: Ein Arzt der Praxis behandelt einen Omnibusfahrer, der Fahrgäste zu Ausflugsfahrten ins Gebirge fährt; er stellt bei ihm eine Epilepsie mit Absenzen fest und untersagt ihm die Fortführung dieser Tätigkeit; der Omnibusfahrer kümmert sich aber nicht darum, der Arzt stellt durch Blick aus dem Fenster fest, daß der Fahrer nach wie vor Ausflugs Gäste in das Gebirge fährt. Muß der Arzt etwas unternehmen, darf er es oder darf er es nicht? Durch Anfrage bei Fachkollegen des Auslandes stellte er fest, wie die Verhältnisse in den einzelnen Staaten Europas in einem solchen Falle liegen: In Rußland und in Polen muß gemeldet werden, aber auch in Dänemark, allerdings nur, wenn persönliche Bemühungen um Abstellung des Mißstandes ergebnislos sind, in Frankreich und Belgien darf nicht gemeldet werden, in Ungarn, der Tschechoslowakei, Bulgarien, Jugoslawien, Finnland, Schweden, Griechenland, Italien und Spanien darf gemeldet werden, doch ist der Arzt nicht dazu verpflichtet. Auch in beiden Teilen Deutschlands darf der Arzt melden, doch stützt sich die Möglichkeit zur Meldung nur auf Gerichtsentscheidungen. Auch in der Schweiz darf der Arzt melden, aber nur mit besonderer Erlaubnis einer dafür namhaft gemachten Behörde. Verf. schlägt für Deutschland eine Regelung nach Schweizer Muster vor; der Arzt sollte in einem solchen Falle Meldung erstatten, nachdem er sich vorher mit der zuständigen Ärztekammer in Verbindung gesetzt hat. Autoreferat

ZPO §§ 383 Abs. 1 Ziff. 5, 385 Abs. 2; SGG §§ 106, 118 Abs. 1 (Zur Schweigepflicht des Arztes nach dem Tode seines Patienten). a) Die Schweigepflicht eines Arztes besteht nach dem Tode des Patienten unverändert fort. — b) Verweigert der Arzt nach dem Tode des Patienten seine Aussage als sachverständiger Zeuge, so hat das Gericht nur zu prüfen, ob der Arzt durch wirksame Entbindungserklärung oder gesetzliche Vorschrift von seiner Schweigepflicht befreit ist. — c) Die nächsten Angehörigen oder die Erben eines Verstorbenen können dessen behandelnden Arzt nicht wirksam von seiner Schweigepflicht entbinden. — d) Nach dem Tode seines Patienten hat der von seiner Schweigepflicht nicht befreite Arzt gewissenhaft abzuwägen, ob das Interesse und die Würde des Verstorbenen Schweigen gebieten oder ob demgegenüber das Interesse der Hinterbliebenen an seiner Aussage überwiegt. Führt die Interessenabwägung zu dem Ergebnis, daß die Interessen der Hinterbliebenen den Vorrang haben, dann handelt der Arzt mit seiner Aussage nicht pflichtwidrig. — e) Diese Gewissensentscheidung obliegt allein dem Arzt. (BayLSG München, Beschl. v. 6. 4. 1962 — L 7/S 13/60.) Neue jur. Wschr. 15, 1789—1791 (1962).

In einem Verfahren vor einem Sozialgericht hatte sich ein Arzt auf seine Schweigepflicht berufen. Eine Entbindung von der Schweigepflicht konnte nicht erfolgen, da der Patient verstorben war. Der Arzt erbot sich zu einer Teilaussage, er war bereit, die vorhandenen Krankheitszustände zu schildern, lehnte es aber ab, sich über die Krankheitsursache in diesem Falle zu äußern, weil dies wahrscheinlich nicht im Sinne des Verstorbenen gewesen wäre. Das LSG München gab dieser Auffassung des Arztes recht; siehe obige Auszüge aus dem Urteil.

B. MUELLER (Heidelberg)

BGB § 823 Abs. 2; StPO § 79 (Haftung des Sachverständigen wegen Erstattung fahrlässig falscher Gutachten). Der im Strafverfahren freigesprochene Angeklagte hat gegen einen Sachverständigen wegen eines im Strafverfahren fahrlässig falsch

erstatteten Gutachtens keinen Schadensersatzanspruch auf Erstattung der Kosten des Strafverfahrens. [OLG Köln, Beschl. v. 16. 3. 1962; 9 W 7/62.] Neue jur. Wschr. 15, 1773 (1962).

G. Herold: Haftung des ärztlichen Sachverständigen für unrichtiges Gutachten. Med. Sachverständige 58, 203—205 (1962).

Es handelt sich im großen und ganzen um theoretische Überlegungen. Wer ein Gutachten vorsätzlich oder fahrlässig falsch erstattet und die Richtigkeit des Gutachtens unter Eid versichert hat, kann wegen Meineides oder fahrlässigen Falscheides bestraft werden. Ist ein Eid nicht geleistet worden, so kommt lediglich eine Bestrafung wegen vorsätzlicher Ausstellung einer falschen Bescheinigung in Frage. Liegt kein Vorsatz vor (dies wird fast nie der Fall sein), so ist eine Bestrafung nicht möglich. Unabhängig von der Strafbarkeit ist eine mögliche zivilrechtliche Haftung. Die vorsätzliche oder fahrlässige Erstattung eines unrichtigen Gutachtens ist eine sogenannte unerlaubte Handlung, für die der Sachverständige gegebenenfalls Schadenersatz leisten muß. Verf. betont jedoch, daß derartige Verwicklungen äußerst selten sind; er zitiert ein Urteil des Landgerichts Ansbach (NJW 1956, 1205): In einem Strafprozeß war ein unrichtiges Gutachten erstattet worden, das zur Verurteilung geführt hat. Der Verurteilte wurde in einem Wiederaufnahmeverfahren freigesprochen. Die Kosten für das Wiederaufnahmeverfahren verlangte der Betreffende vom Sachverständigen, sie wurden ihm auch zugesprochen (Ref. möchte aus eigener Erfahrung hinzufügen, daß ein Mann infolge einer unrichtigen Blutgruppenbestimmung in den Verdacht des Meineids geriet und sofort verhaftet wurde. Glücklicherweise klärte sich der Irrtum bald auf, der Betreffende wurde entlassen; er verlangte vom Blutgruppengutachter eine Entschädigung für Verdienstausschlag, die dieser auch zahlte, ohne es auf einen Prozeß ankommen zu lassen).

B. MUELLER (Heidelberg)

G. P. R. Tallin: The legal implications of the non-therapeutic practices of doctors. (Die gesetzlichen Grundlagen bei nicht-therapeutischen ärztlichen Maßnahmen.) [50. Ann. Meet., Canad. Med. Protect. Assoc., Montreal, 23. VI. 1961.] Canad. med. Ass. J. 87, 207—215 (1962).

Unter Hinweis auf gesetzliche Bestimmungen — soweit diese vorhanden sind — werden vom Verf. jene ärztlichen Maßnahmen diskutiert, die nicht eigentliche Therapie bedeuten: Empfängnisverhütung, Sterilisation (und zivile Haftpflicht), Schwangerschaftsunterbrechung, artifizielle Insemination und operative „Geschlechtsänderung“. Alle Maßnahmen sind für den Arzt mit einem Risiko verbunden, strafrechtlich und zivilrechtlich. Eine generelle gesetzliche Regelung wird deshalb gefordert. Wenn überhaupt Zweifel nach irgendeiner Seite bestehen, sollte der Arzt von derartigen Maßnahmen absehen. In allen anderen Fällen sollte er sich durch schriftliche Einverständniserklärung absichern, aber insbesondere bei Sterilisation und Schwangerschaftsunterbrechung immer nach den Regeln handeln, daß eine Gefahr für Leben und Gesundheit nur einen Eingriff gestattet.

GERCHOW (Frankfurt a. M.)

ZPO §§ 144, 286, 402; BEG § 209 Abs. 1 (Feststellung des Sachverhaltes bei Sachverständigengutachten). Die Feststellung des Sachverhaltes, den der gerichtliche Sachverständige seinem Gutachten zugrunde zu legen hat, ist regelmäßig Aufgabe des Richters, wenn es dabei auf die Sachkunde des Gutachters nicht ankommt. [BGH, Urt. v. 13. 7. 1962; IV ZR 21/62, Koblenz.] Neue jur. Wschr. 15, 1770—1771 (1962).

M. Küper: Verpflichtung des Arztes zur Hilfeleistung. Dtsch. med. Wschr. 87, 2544—2545 (1962).

Der in Anspruch genommene Arzt wird — sofern er zuständig ist (z. B. Arzt vom Ortsdienst)— auch dann kommen müssen, wenn eine Hilfe noch irgendwie möglich erscheint. Wenn er allerdings vernimmt, daß der Betreffende verstorben ist, wird er nicht zu kommen brauchen.

B. MUELLER (Heidelberg)

R. Schüppert: Über das moderne Kurpfuschertum und seine Bekämpfungsmaßnahmen. [Zentrale z. Bekämpf. d. Unlauterkeit im Heilgewerbe, Mainz.] Med. Klin. 57, 1873—1874 (1962).

Der rührige Leiter der oben genannten Zentrale macht auf die Praktiken der Vertreter untauglicher Arzneimittel aufmerksam; Manchmal wird der Hang zum Mystischen angesprochen.

Einem Asthmatiker wurde auseinandergesetzt, daß der Sarg DM 250.— kosten würde, der angepriesene Apparat nur DM 220.—. Einem Zuckerkranken wurde eingeredet, daß Erblindung drohe. Manchmal begnügen sich die Vertreter mit geringer Anzahlung; als der Ehemann den von seiner Frau abgeschlossenen Kaufvertrag mit Abzahlung nicht anerkennen wollte, wurde sofort mit Pfändung gedroht.

B. MUELLER (Heidelberg)

D. Schüppert: Über Elektromedizin und modernes Kurpfuschertum. [Zentrale z. Bekämpfung d. Unlauterkeit im Heilgewerbe, Mainz.] *Elektromedizin* 7, 172—173 (1962).

Verf., der Leiter der Zentrale zur Bekämpfung der Unlauterkeit im Heilgewerbe in Mainz ist, warnt vor völlig unwirksamen elektromedizinischen Geräten. Nach den neuesten gesetzlichen Bestimmungen sind sowohl Werbevorträge als auch der Verkauf solcher Geräte im Reisegewerbe untersagt. Nach den umfangreichen Ermittlungen des Autors wird vielfach ein und derselbe Artikel zugleich von mehreren Firmen nur unter einer verschiedenen Aufmachung und anderen Bezeichnung vertrieben. Bisher ist es nur in wenigen Fällen möglich gewesen, Herstellern und Verkäufern das Geschäft mit der menschlichen Leichtgläubigkeit, Kritiklosigkeit und dem Wunderglauben behördlich zu untersagen.

H. REH (Düsseldorf)

G. Herold: Der Honoraranspruch des Arztes. *Münch. med. Wschr.* 104, 1513—1515 (1962).

Die Rechtsgrundlage des ärztlichen Honoraranspruches wird dargestellt. Die Höhe des Honoraranspruches, die Erstellung der Rechnung und die Haftung für das Arzthonorar werden besprochen.

SPANN (München)

G. Herold: Zur Frage der ärztlichen Besuchspflicht. *Med. Klin.* 57, 1662—1664 (1962).

Die Besuchspflicht ist ein Teil der ärztlichen Behandlungspflicht, sie resultiert nicht aus dem § 330 c StGB, sondern aus der Niederlassung. Grundsätzlich muß der Arzt jeder Besuchsbitte eines Patienten nachkommen, wenn er dazu in der Lage ist. Ist der Patient weiter entfernt und stehen näherwohnende Ärzte zur Verfügung, so kann der Besuch abgelehnt werden. Nur wenn der Bereitschaftsarzt erreichbar ist, kann der Patient an ihn verwiesen werden. Auf das große Risiko von Ferndiagnosen wird hingewiesen. Die Besuchspflicht des Kassenarztes, des Bereitschaftsarztes und des Facharztes werden besprochen. Auf die Haftung für schuldhafte Verletzung der Besuchspflicht wird eingegangen.

SPANN (München)

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

● **Pierre Fernand Ceccaldi: La criminalistique. (Que sais-je? Nr. 370.)** (Kriminalistik.) Paris: Presses Universitaires de France 1962. 126 S.

In diesem Büchlein hat Professor CECCALDI seine große Erfahrung als Direktor des Laboratoriums der Identité Judiciaire von Paris einem weiten Publikum zur Kenntnis gegeben; sämtliche Untersuchungen auf dem Gebiet der Kriminalistik werden klar beschrieben: Identifizierung, Spurenkunde, Fingerspuren, Waffen und Sprengstoffe, Fälschungen usw. Von besonderem Interesse ist die vorsichtige Zusammenfassung: Es kann keine Rede sein, daß die Untersuchungen im Labor die Ermittlungsarbeit ersetzen. Die Kriminalistik ist ein ganzes Werk, aus verschiedenen Steinen zusammengesetzt, dessen sämtliche Elemente zur Aufklärung und zur Wahrheit dienen sollen.

A. J. CHAUMONT (Strasbourg)

● **Hermann Josef Gerhards: Vergleichende Untersuchungen über die Empfindlichkeit verschiedener moderner Blutnachweismethoden.** Bonn: Diss. 1962. 56 S.

Verf. arbeitete die optimale Technik von folgenden Methoden aus: Peroxydase-Reaktion, papierelektrophoretischer Blutnachweis als Hämoglobin-Haptoglobinkomplex, Benzidin-gefärbte Papierchromatographie für den spezifischen Blutnachweis und das Anreicherungsverfahren auf Filtrierpapierstreifen nach MARCINKOWSKI — das den Blutnachweis noch in 2⁻²²facher Verdünnung erlaubt. Letztere Methode bedeutet eine rund 20fache Steigerung der Empfindlichkeit der Benzidinreaktion. — Beim papierelektrophoretischen Blutnachweis als Hämoglobin-Haptoglobinkomplex wurden vom Verf. Modifikationen und Verbesserungen ausgearbeitet. Die unterste Nachweisgrenze ist hier 0,25—0,5 γ Hb absolut. — Die einzelnen Arbeitsgänge sind ausführlich und gut beschrieben, so daß man sie nacharbeiten kann.

KLOSE (Heidelberg)