

Es stellte an den Anfang der Strafzeit eine Periode strenger Einzelhaft (etwa 8—9 Monate), anfangs mit Kostbeschränkung und ohne ablenkende Arbeit; dem folgte eine Periode produktiver Arbeit, in der sich der Gefangene einen stufenweisen Aufstieg erarbeiten konnte. Schlechte Führung gab Anlaß zur Rückstufung. Die Gefangenen der höchsten Stufe konnten bedingt mit Einhaltung einiger Auflagen entlassen werden, wobei die Überwachung nur noch locker ausgeführt wurde. Das irische System fand im Strafvollzugswesen der ganzen Welt große Beachtung; um 1865 fand es in den Vereinigten Staaten Aufmerksamkeit und Nachahmung, vor allem für junge Strafgefangene. Es führte zur Gründung des „Elmira Reformatory“ in New York. Diese Anstalt wurde 1876 nach mehrjährigen Vorbereitungen in Betrieb genommen. Wesentliche Grundlage war die Einteilung der Gefangenen in drei Klassen (Stufenstrafvollzug). Der anfänglichen Zuversicht folgte später eine Zeit der Enttäuschung, so daß der Internationale Strafrechts- und Strafvollzugskongreß im Jahre 1900 sich nicht zur allgemeinen Empfehlung entschließen konnte. Dagegen hat das von Elmira ausgehende Strafvollzugssystem in den englischen Borstals seine Fortsetzung gefunden.

HÄNDEL (Karlsruhe)

Rudolf Fährmann: Psychologische Sprechanalyse und Vernehmungstechnik. Arch. Kriminol. 130, 72—85 (1962).

Die Stimm- und Sprechdiagnostik entspricht ungefähr der Handschriftenanalyse. Es wird versucht, aus der Art der Stimme und des Sprechens Charaktereigenschaften abzuleiten. Verf. verweist auf sein Buch: „Deutung des Sprechausdruckes“, Bonn 1960, Verlag Bouvier u. Co. Bei kriminalistischen Vernehmungen sollen vier Oberbegriffe berücksichtigt werden, nämlich die Widerstandsenegie des Beschuldigten, seine Widerstandsiintelligenz, sein Gefühlsleben, sowie Besonderheiten seines Charakters. Entsprechende Beispiele werden auf Tonband im kriminalistischen Institut des Bundeskriminalamtes bereitgehalten. Selbstverständlich befinden sich diese Untersuchungen noch im Anfangsstadium.

B. MUELLER (Heidelberg)

Kunstfehler, Ärztereht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

● Klaus Jarosch, Otto Müller und Josef Piegler: **Das Schmerzensgeld in medizinischer und juristischer Sicht.** 2., erw. Aufl. Wien: Manzsche Verlags- u. Universitätsbuchhandl. 1962. 150 S. DM 8.60. Geb. DM 11.40.

Im medizinischen Teil wird vorerst die Biologie des Schmerzes, die Schmerzempfindung und die Schmerzbekämpfung behandelt. Im Abschnitt „Der Untersuchungsgang bei der Begutachtung von Schmerzzuständen“ finden sich Selbstverständlichkeiten wie „jeder Fall ist individuell zu beurteilen“ oder aber „bei der Bewertung dieser Einzelschmerzperioden darf man die Gesamtpersönlichkeit des Verletzten nicht übersehen“, weiters auch „bevor man auf die Schmerzzustände in einem Gutachten näher eingehen kann, muß der Kausalzusammenhang zwischen Schadensereignis und Verletzung geklärt werden“ usw. — Der juristische Teil zitiert ausführlich die gesetzlichen Grundlagen nach dem AGBG und außerhalb des ABGB. Als Verletzung im Sinne eines Gesetzes ist jede Störung der körperlichen Unversehrtheit zu sehen. Auch der kunstgerechte ärztliche Eingriff ist danach Körperverletzung, wenn hierdurch der Zustand des Kranken verschlechtert wird. Nach übereinstimmender Rechtsprechung gebührt Schmerzensgeld für körperliche und seelische Schmerzen. Das Verlangen nach Schmerzensgeld muß vom Verletzten durch eine diesbezügliche Willenserklärung persönlich auch hinsichtlich des begehrten Schmerzensgeldbetrages abgegeben werden. Neben diesem wertvollen juristischen Teil folgt wohl als wichtigster Abschnitt eine Übersicht über die Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes der Jahre 1945—1961.

MARESC (Graz)

Yeziel Heilbronn: **Spätschäden nach diagnostischer Thorotrastanwendung.** [Sonderausg. aus Praxis (Bern) Nr. 42, S. 1068—1075 (1962).] Basel: Diss. 1962, 24 S.
N. A. Mityaeva: **Fatal bleeding from a diaphragmatic vessel during puncture.** Sud.-med. Ékspert. 5, Nr 1, 51—53 (1962). [Russisch].

G. C. Loeschke und R. Beer: **Nil nocere!: Zur Vermeidung von Schäden infolge intraarterieller Fehlinjektion.** [Anaesth.-Abt., Chir. Univ.-Klin., München.] Münch. med. Wschr. 104, 1121—1125 u. 1175—1179 (1962).

Angeregt durch Publikationen von Schäden nach irrtümlicher intraarterieller Injektion neuerer intravenöser Narkotica haben die Verff. im Tierversuch verschiedene intravenöse appli-

zierbare Narkotica intraarteriell appliziert. Durch Barbiturate ließen sich am Kaninchenohr bei Injektion in die A. centralis bis auf geringfügige Randnekrosen beim Thiogental praktisch keine Schäden feststellen, nach Injektion von Estil, das inzwischen aus dem Handel gezogen wurde, wurde regelmäßig Gewebsuntergang beobachtet. Es wird kurz auf die Pathogenese der entstehenden Schäden nach intraarterieller Injektion hingewiesen, anschließend die Therapie nämlich Stellatumblockade bzw. Brachialplexusblock, Anticoagulantienbehandlung und Neben-nierenrindenhormongaben besprochen. Wichtiger jedoch sei die Prophylaxe. Wegen bestehender Varianten im Verlauf der A. brachialis und der Vorderarmarterien, bei denen Arterie und Vene in enge topographische Beziehung treten, wird die Forderung gestellt, Injektionen am Arm auf der ulnaren Seite der Regio cubiti zu vermeiden, durch Palpation sich zu vergewissern, daß das angestochene Gefäß nicht punktiert, Testlösungen vorzuspritzen, Medikamente nur in niedriger Konzentration und langsam zu injizieren. Die Verff. weisen darauf hin, daß die Aspiration hellroten Blutes bzw. der schmerzhafteste Einstich in die Arterie keine obligaten Zeichen für intraarterielle Lage der Kanüle sind.

SPEHLING (Würzburg)^{oo}

W. Perret: Geschlossener Unterschenkelbruch — nicht rechtzeitig gespaltener Gipsverband — Amputation. Med. Klin. 57, 686—687 (1962).

Der Verf. berichtet angeregt durch ein Urteil vom BGH vom 21. 4. 61 — VI ZR 136/40, in dem die Revision eines Behandlers verworfen wird, der beschuldigt war, eine auftretende Durchblutungsstörung nach Anlegen eines ungepolsterten zirkulären Gipsverbandes bei geschlossener Unterschenkelfraktur verkannt zu haben, so daß eine Amputation erforderlich wurden, über sechs Fälle in 10 Jahren, die der Verf. als Gutachter zu beurteilen hatte. In allen sechs Fällen wurde am Unfalltag bei einer geschlossenen Unterschenkelfraktur ein ungepolsterter Gipsverband angelegt, welcher erst am 1.—3. Tag unvollständig und erst später vollkommen gespalten worden war. In allen Fällen kam es zu einer Durchblutungsstörung, welche die Amputation nach sich zog. Die von den Verletzten angegebenen Beschwerden wurden entweder bagatellisiert oder aber von den Behandlern als Unfallfolge angesehen. Die zur Exkulpierung stets vorgebrachte traumatisch bedingte Gefäßschädigung war in keinem Falle nachzuweisen. Der Verf. sieht es als unwahrscheinlich an, daß bei geschlossenen Unterschenkelbrüchen alle drei ernärende Gefäße verletzt werden, der Ausfall eines Gefäßes führt jedoch nicht zur Unterschenkelnekrose. Die Durchblutungsstörung entwickelt sich dagegen durch die Anschwellung des Unterschenkels nach der Reposition bzw. nach dem Trauma und ist bei geschlossenem Gipsverband auch durch Hochlagerung des Beines nicht zu verhindern. Es wird deshalb auf die Forderung hingewiesen, bei frischem geschlossenen Unterschenkelbruch, der durch einen Gipsverband ruhiggestellt wurde, den Gips sofort in ganzer Länge zu spalten.

MARTIN SPEHLING (Würzburg)^{oo}

G. Wessel und G. Pense: Lebensbedrohliche Zwischenfälle beim Bromsulphalein-Test. [Med. Klin., Med. Akad., Erfurt.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 18, 55—58 (1963).

W. Perret: Ist die intramuskuläre Einspritzung von Arzneimitteln am Arm eine gefährliche Behandlungsmethode? Med. Klin. 57, 1464—1466 (1962).

Das Urteil des BGH vom 14. 11. 61 (VL ZR 129/61 — in VersR 13, 250, 1962) mit folgendem Leitsatz wird besprochen: „Ein Arzt verstößt gegen seine Sorgfaltspflicht, wenn er sich bei Vorhandensein von Behandlungsmöglichkeiten, die für den Patienten mit geringem Risiko verbunden sind, aus Unkenntnis der hierüber in Fachkreisen geführten Erörterungen für eine gefährliche Behandlungsmethode entscheidet, ohne, daß der Zustand des Patienten ihm dazu einen rechtfertigenden Anlaß bietet.“ — Verf. vertritt die Auffassung, daß jede intramuskuläre Injektion in den Arm eine gefährliche Behandlungsmethode darstellen würde. Eigene Beobachtungen und Literaturhinweise werden mitgeteilt.

SPANN (München)

Hans-Josef Pennartz: Unerwartete Todesfälle im Zusammenhang mit richtig vorgenommenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nicht chirurgisch-operativer Art. Bonn: Diss. 1962. 99 S.

In seiner Dissertationschrift hat sich der Verf. die Aufgabe gestellt, aus der Weltliteratur der letzten vier Jahrzehnte die plötzlichen Todesfälle zusammenzustellen, die sich im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit ereignet haben und auf keinem ärztlichen Fehler beruhen. Es wird über unerwartete Todesfälle berichtet, die bei „an sich harmlosen“ diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen des vorwiegend internistisch tätigen Arztes vorkommen. Nicht berührt werden die chirurgisch-operativen Eingriffe mit tödlichem Ausgang sowie Todesfälle in Allgemeinnarkose und bei örtlicher Betäubung. Wie zu erwarten, lag diesen verhängnisvollen

Zwischenfällen keine einheitliche Todesursache zugrunde. Gemeinsam gilt für diese Todesfälle jedoch, daß sie unerwartet und damit unvorhersehbar eingetreten sind. Aus allen Fachgebieten wird über solche Zwischenfälle berichtet. Die Häufigkeit ist nach den Angaben des Verf. nicht groß, doch wird mit Recht auf die Dunkelziffer hingewiesen, die dadurch entsteht, daß aus Furcht vor dem Vorwurf, fahrlässig gehandelt zu haben, solche Fälle verschwiegen oder zumindest nicht veröffentlicht werden. Dabei könnte, wie der Verf. hervorhebt, ein wirksamer Schutz des Arztes vor übler Nachrede bei Einschaltung einer gerichtsärztlichen Untersuchung, wie sie im österreichischen Raume gefordert wird, eintreten. Darüber hinaus könnte die Veröffentlichung solcher Fälle dazu beitragen, den in der Praxis tätigen Arzt auf mögliche verhängnisvolle Gefahren an sich harmloser ärztlicher Eingriffe hinzuweisen. Die Dissertationsschrift ist in verschiedene Abschnitte gegliedert. Zunächst werden tödliche Zwischenfälle in *zeitlichem* Zusammenhang mit der ärztlichen Maßnahme erörtert, wobei auf Todesfälle im Wartezimmer, bei der allgemeinen klinischen Untersuchung, bei der Arztvisite, beim EKG und bei Röntgen-Untersuchungen eingegangen wird. In einem zweiten Abschnitt werden tödliche Zwischenfälle besprochen, die in einem *ursächlichen* Zusammenhang mit der Behandlung bei *diagnostischen* Maßnahmen stehen. Hier werden ohrenärztliche Untersuchungen, Tubendurchblasungen, Laparoskopie, Todesfälle bei Punktionen, bei Hauttesten, bei Blutumlaufzeitbestimmung, bei Kontrastdarstellungen, bei Salpingographie mit jodhaltigen, öligen oder wäßrigen Lösungen, bei Uretrographie mit Bariumsulfat, bei Kontrastdarstellungen des Dickdarms usw. erwähnt. In einem dritten Abschnitt behandelt der Verf. dann Zwischenfälle, die in einem *ursächlichen* Zusammenhang mit der Behandlung bei *therapeutischen* Maßnahmen stehen. Alle Arten von Injektionen, Punktionen, Spülungen, Anlage von Pneumothorax usw. finden entsprechende Berücksichtigung. Ebenso werden besprochen die Todesfälle, die nach intramuskulären, subcutanen und intravenösen Injektionen auftreten können, wobei im einzelnen auf die verschiedensten pharmazeutischen Mittel eingegangen wird. Auch die intravenösen Infusionsbehandlungen sind nicht vergessen. Der Anlage und Natur der Arbeit entspricht es, daß Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen. Die Schrift ist überaus übersichtlich, durch Fallschilderungen lebhaft und tabellarische Aufstellungen auch eindringlich gestaltet, dazu gibt ein umfangreiches Literaturregister dem Interessierten oder Gutachter eine Handhabe, sich im Einzelfalle in der europäischen wie außereuropäischen Literatur eingehend zu orientieren. GUMBEL (Kaiserslautern)

Lodovico Bernardi: **Accidenti mortali da elettroshock.** (Über Todesfälle bei Elektroschock.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Milano.] Riv. Med. leg. 4, 171—192 (1962).

Im Laufe der letzten Jahre kamen im Mailänder Institut für gerichtliche Medizin fünf Todesfälle durch Elektroschock zur Beobachtung. Aus den Krankengeschichten ging hervor, daß nur in einem Fall (Fall Nr. 3) eine Herzerkrankung vorangegangen war; daß in jedem Fall vor der Elektroschockbehandlung alle notwendigen, klinischen Untersuchungen durchgeführt worden waren; daß drei der Patienten schon wiederholt dieser Behandlung unterzogen worden waren. In allen Fällen erfolgte der Tod während oder sofort nach dem Elektroschock durch Apnoe, Blutdruckabfall und Asystolie. Bei Fall Nr. 3 deckte die Obduktion eine Eiteransammlung im rechten Lungenfell, eine fibrinöse Perikarditis und eine Myokardsklerose auf, während in den anderen vier Fällen nur Hirn- und Lungenödem vorhanden waren. — Verf. hebt hervor, daß die Indikation für die Elektroschockbehandlung in allen Fällen zu Recht bestand und daß in keinem Fall von beruflicher Fahrlässigkeit gesprochen werden kann. — Der Besprechung der Fälle ist eine ausführliche Übersicht über das Wesen und den Mechanismus des Elektroschocks vorausgeschickt, über die Indikationen und die Kontraindikationen, über die Verantwortung des Arztes bei Todesfällen und über den juristischen Wert der Zustimmung seitens geisteskranker Patienten und endlich über die makroskopisch und mikroskopisch festgestellten Befunde der in der Weltliteratur veröffentlichten Elektroschocktodesfälle. G. GROSSER

Werner Ernst Loeckle: **Krebs therapie als Rechtsfrage.** Neue jur. Wschr. 15, 1750 bis 1755 (1962).

Es geht alle Chirurgen an, wenn ein Dr. med. gegen die operative Krebsbehandlung (nebenbei auch gegen die strahlentherapeutische) Sturm läuft, als ob andere gleichwertige Methoden für die Behandlung zur Verfügung ständen. Verf. bekennt sich als Anhänger der individuellen Ganzheitsbehandlung des Krebsleidens, ohne aber auch nur mit einer einzigen Zeile im einzelnen etwas darüber auszusagen, was für eine Methodik, welche Zahl von Krebskranken und welche Heilergebnisse zugrunde liegen. Seine Hauptangriffe gelten der Treffsicherheit der histologischen

Diagnostik, und vor allem der Krebsstatistik der Schulmedizin. Verf. bemängelt besonders, daß die heutige Statistik der Schulmedizin keine Vergleichsstatistiken mit dem Krebsverlauf bei völliger Nicht-Behandlung und keine Statistiken über den Verlauf bei der „individuellen Ganzheitsbehandlung“ liefere. Er schiebt also den Chirurgen und Strahlentherapeuten eine Beweislast zu, die er selbst mit seiner Therapie zu erbringen verpflichtet wäre. Die Krebsheilziffern der Schulmedizin würden durch „kleinste mikroskopische Früh- oder Frühestkrebse“ bedingt. Wie selten solche z. B. beim Magen- und Bronchial-Ca sind, verschweigt Verf. ebenso wie seine eigenen Heilergebnisse. Der Artikel bekommt eine peinliche Aktualität dadurch, daß er ausdrücklich auf den Issels-Prozeß sich bezieht, und auch die Schriftleitung der „Neue Juristische Wochenschrift“ empfiehlt den Aufsatz von LOECKLE zur Beachtung, gerade im Hinblick auf das im gleichen Heft referierte BGH-Urteil im Issels-Prozeß (eine ausführliche Kritik vorstehend referierten Artikels erscheint in der „Neue Juristische Wochenschrift“ d. Ref.).

K. H. BAUER (Heidelberg)^{oo}

BGB §§ 823, 31, 89 (Zur Aufklärungspflicht des Arztes bei Heilbehandlung). Zum Umfang der Aufklärungspflicht des Arztes bei Heilbehandlung mit möglicherweise eintretenden schädlichen Folgen. [BGH, Urt. v. 16. X. 1962 — VI ZR 198/61, KG.] Neue jur. Wschr. 16, 393—395 (1963).

Einer Frau, die an einer Nephropathia gravidarum und an einer Pyelonephritis litt, sollte ein vereiterter Zahn entfernt werden. Sie wurde mit Neomycin vorbehandelt und hatte das Unglück, taub zu werden. Das Krankenhaus wurde zur Zahlung von Schmerzensgeld verurteilt, und zwar wegen Unterlassung der Aufklärungspflicht. Der BGH hob das Urteil auf, das Landgericht solle zunächst überprüfen, ob zu damaliger Zeit derartige schädliche Folgen des Gebrauches des Mittels bekannt waren, und ob die Dosierung nach Auffassung der damaligen Zeit wesentlich überschritten war. Der BGH läßt durchblicken, daß die Anforderungen des Landgerichts an die Aufklärungspflicht etwas weit gegangen sind.

B. MUELLER (Heidelberg)

M. Kohlhaas: Bringt die geplante Neuregelung des ärztlichen Heileingriffs im neuen Strafgesetzentwurf den Ärzten wirklich Vorteile? Dtsch. med. Wschr. 87, 2593—2596 (1962).

Verf. ist im ganzen skeptisch. Er hält nicht viel von der Einführung einer Strafbestimmung wegen eigenmächtiger Heilbehandlung. Wenn ein Arzt verurteilt wird, so wird er doch eher wegen Körperverletzung verurteilt werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

Gerhard Erdsiek: Umwelt und Recht. Zur Schweigepflicht des Arztes nach dem Tode des Patienten. Neue jur. Wschr. 16, 632—635 (1963).

Der Beschluß des Senates des Bayerischen LSG vom 6. 4. 62 stützt sich in der Hauptsache auf Ausführungen von EBERHARD SCHMIDT. Es wird festgestellt, daß die Schweigepflicht auch nach dem Tode des Patienten unverändert fortbesteht, der Arzt kann daher bei Vernehmung als sachverständiger Zeuge nicht zur Offenbarung gezwungen werden, und zwar auch dann nicht, wenn ihn die nächsten Angehörigen von der Schweigepflicht entbinden. Ob der Arzt in solchen Fällen seine Kenntnisse dem Gericht offenbart oder nicht, entscheidet er allein; er wird dabei die Interessen und die Würde des Verstorbenen berücksichtigen.

B. MUELLER

GG Art. 1 Abs. 1; StGB § 300; StPO § 53 Abs. 1 Ziff. 3 (Ärztliches Berufsgeheimnis des Truppenarztes). Auch im Verhältnis des Truppenarztes zum von ihm behandelten Soldaten kann ein durch das ärztliche Berufsgeheimnis abgeschirmter Vertrauensbereich entstehen. Über seine Grenzen hat der Truppenarzt im Einzelfall nach pflichtmäßigem Ermessen zu entscheiden. [BDH, Wehrdienstsenat, Beschl. v. 16. 8. 1962, WB 12/60.] Neue jur. Wschr. 16, 409—410 (1963).

Ein Truppenkommandeur hatte angeordnet, daß bei Entlassung eines Wehrpflichtigen infolge Dienstunfähigkeit die ärztlichen Feststellungen zu den Akten der Einheit zu nehmen seien. Ein Oberfeldarzt hatte die Rechtmäßigkeit dieses Befehls in Zweifel gestellt. Der Senat erkannte an, daß der Truppenarzt grundsätzlich den Bestimmungen über das Berufsgeheimnis unterliege, doch gibt es Ausnahmen, z. B. bei der Prüfung der Dienstfähigkeit eines Soldaten oder auch in Fällen, in denen ein Soldat versucht, sich dem Wehrdienst zu entziehen. Der Senat stellte sich auf den Standpunkt, daß der oben angeführte Befehl nicht gegen die Geheimhaltungspflicht des Truppenarztes verstoße.

B. MUELLER (Heidelberg)

G. Schwalm: Strafrechtsreform und Sozialhygiene. Int. J. prophyl. Med. 6, 121—125 (1962).

Darstellung der medizinisch interessierenden Bestimmungen des neuen Strafrechts ohne wesentliche neue Gesichtspunkte. Bezüglich des Berufsgeheimnisses ist die gegenwärtige Fassung so, daß der Arzt straffrei bleibt, wenn er das Geheimnis zur Erfüllung einer gesetzlichen Pflicht oder zur Wahrnehmung eines berechtigten öffentlichen oder privaten Interesses offenbart, und zwar letzterenfalls, wenn die Offenbarung unter Berücksichtigung der widerstreitenden Interessen und bei Erfüllung der nach den Umständen bestehenden Prüfungspflicht sich als ein angemessenes Mittel erweist, den angestrebten Zweck zu erreichen. Eine Anzeigepflicht in solchen Fällen ist nicht vorgesehen. Hervorgehoben werden noch die Bestimmungen über die künstliche Insemination und ferner die Strafmilderung, die dann eintritt, wenn ein Arzt eine Schwangerschaft aus ethischer oder eugenischer Indikation unterbricht. Ref. möchte meinen, daß bei der Durchführung einer solchen Bestimmung erhebliche Schwierigkeiten auftreten können.

B. MUELLER (Heidelberg)

Franz Rath: Rechtliche Anmerkung zur ärztlichen Geheimhaltungspflicht. Dtsch. med. J. 13, 737—739 (1962).

Das Recht zur Entbindung von der Schweigepflicht ist als ein höchst persönliches Recht aufzufassen, bei dem eine gesetzliche Stellvertretung ausgeschlossen ist, wenn ein eigenes schutzwürdiges Interesse des Betroffenen an der Geheimhaltungspflicht besteht, d. h. grundsätzlich bei Minderjährigen vom 16. Lebensjahr ab. Im Todesfalle geht das Recht zur Entbindung nicht auf die Angehörigen über. Die Problematik, die sich in der Praxis insbesondere aus der Verpflichtung zur Aufklärung der Eltern von Minderjährigen vor einem Eingriff ergibt, wird besprochen. Die Fragen der Aufklärungspflicht im Rahmen der RVO und der Meldpflicht werden diskutiert. Der Rechtsauffassung, daß sich der Arzt, der als Zeuge in einem gerichtlichen Verfahren vernommen wird, nicht nach § 300 StGB strafbar mache, wenn er von dem Zeugnisverweigerungsrecht keinen Gebrauch mache, wird (mit Recht Ref.) widersprochen. SPANN

1. Schutz (z. B. des Arztgeheimnisses) vor dem Ermittlungsschluß der Staatsanwaltschaft (§ 152 StPO)? 2. „Makel“ der unehelichen Mutterschaft trotz Art. 6 Abs. 5 GG § 3. Ein evangelischer Theologe zu § 175 StGB. Neue jur. Wschr. 15, 2000—2002 (1962).

1. Die Problematik der Berücksichtigung der ärztlichen Schweigepflicht im staatsanwalt-schaftlichen Ermittlungsverfahren wird ausführlich dargestellt. Die Möglichkeit einer Unter-suchungsklage im Falle der Verletzung der rechtlich geschützten Sphäre eines Bürgers wird erwähnt. — 2. Kurze rechtsphilosophische Diskussion zum Thema. — 3. Kurze Bemerkung zu der von H. THELICKÉ veröffentlichten Studie „Erwägungen der evangelisch-theologischen Ethik zum Problem der Homosexualität und ihrer strafrechtlichen Relevanz“. SPANN (München)

W. Gelhaar: Zum Verschulden eines Arztes, der pflichtwidrig einen verfehlten Eingriff nicht verhindert. Wann liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten in eine Behandlung vor? Dtsch. med. Wschr. 87, 1357—1357 (1962).

Die Röntgentherapie stellt einen erheblichen, mit Gefahren verbundenen Eingriff in die körperliche Integrität dar, welcher der Einwilligung bedarf, um nicht rechtswidrig zu sein. Diese Einwilligung ist aber wirksam nur erteilt für eine kunstgerechte Bestrahlung, beschränkt sich also auf die unvermeidlichen Folgen einer ordnungsgemäß durchgeführten Therapie. Kunstfehler werden nicht von der Einwilligung gedeckt. Eine Röntgenverbrennung liegt außerhalb der gewöhnlichen Vorstellung des Laien; sie muß daher wenigstens in groben Zügen erörtert werden. Tritt eine Röntgenverbrennung aber ein, handelt der Arzt pflichtwidrig, der den Zustand seines Patienten, auch des ehemaligen, nicht beobachtet, obwohl er den Fortgang der Schädigung kennt oder erwarten muß. Er muß vielmehr selbst oder durch andere Fachärzte für geeignete Weiterbehandlung sorgen. (BGH, VI ZR 143/60, 21. 3. 91.) J. PROBST (Murnau)^{oo}

F. Rath: Einwilligung des Patienten bei ärztlichen Eingriffen. Einweisung in ein Krankenhaus. Berl. Med. 13, 514—515 (1962).

In der Nervenklinik eines Städtischen Krankenhauses fand eine zweimalige Elektroschock-behandlung statt, die einen nicht unerheblichen Dauerschaden verursachte. Einzelheiten der Schädigung werden nicht mitgeteilt. Die Stadt wurde zur Haftpflicht herangezogen, da eine rechtsgültige Einwilligung zu dieser Behandlung nicht gegeben worden war; es scheint so, daß

der Kranke als geschäftsfähig nicht angesehen werden konnte; einen Pfleger hatte man allem Anschein nach nicht bestellt.

B. MUELLER (Heidelberg)

O. Massaro: In tema di responsabilità professionale del chirurgo per corpo estraneo lasciato in addome: caso peritale. (Zur Berufshaftung des Chirurgen für in der Bauchhöhle zurückgelassene Fremdkörper: Gutachtenfall.) [Ist. Med. Led. e Assicuraz., Univ., Napoli.] *Minerva med.-leg.* 82, 371—376 (1962).

Ein nach Hysterektomie zurückgebliebener Tupfer hatte die Ausbildung einer Eiter- und später Kotfistel in die Vagina verursacht und in Verbindung mit der (richtigen) Grunddiagnose Gebärmutterkrebs die Fehldiagnose „infiltrierendes Ca“ verschuldet. Der Tupfer wurde nach einem Jahr Siechtum spontan durch die Fistel ausgestoßen. Ausgang in Heilung. Durch Kontrastbreifüllung vom Rectum und von der Scheidenfistel aus wurde das Vorhandensein eines abgegrenzten Hohlraums im Douglas mit Verbindung zu Vagina und Sigmoid gesichert. Der Vorgang wurde gutachtlich als typische Intestinovaginalfistel nach Fremdkörperreiterung im Douglasschen Raum aufgefaßt. — Ausführliche Wiedergabe des dem Gericht erstatteten Gutachtens.

SCHLEYER (Bonn)

G. Herold: Neue Gerichtsentscheidung zur Arzthaftpflicht. Der BGH zur Frage der Beweislast im Haftungsprozeß. *Med. Klin.* 58, 147—148 (1963).

In Arzthaftpflichtprozessen ist oft die Aufklärung des Sachverhaltes nicht bis in alle Einzelheiten möglich. Die Frage, welche Partei im Einzelfalle für bestimmte Tatsachen beweispflichtig ist, kann prozeßtechnisch von großer Bedeutung sein. Der BGH hat in einem Arzthaftpflichtprozeß (Vers R 1962 S. 528) zur Frage der Beweislastumkehr wie folgt Stellung genommen: Die Beweislast dafür, daß der Behandlungsfehler eines Arztes ursächlich für den Gesundheitsschaden des Patienten war, kehrt sich um, wenn der Arzt sich leichtfertig verhalten oder schuldhaft einen groben Behandlungsfehler begangen hat, der gerade die Schäden herbeiführen konnte, die tatsächlich eingetreten sind. In einem solchen Falle wird bei einer gerechten Interessensabwägung in der Regel vom Arzt der Beweis dafür zu fordern sein, daß der schädliche Erfolg nicht auf den Behandlungsfehler zurückzuführen ist.

SPANN (München)

Helge Andresen: Zur Haftung des Sachverständigen im Strafverfahren. *Neue jur. Wschr.* 15, 1759—1760 (1962).

Verf. setzt sich mit den Ausführungen von KOHLHAAS (*Neue jur. Wschr.* 1962, 1392) und einem Beschluß des OLG Köln (*Neue jur. Wschr.* 1962, 1773) auseinander. Es geht um die strittige Frage, ob der Sachverständige im Strafverfahren zivilrechtlich haftet, wenn er ein Gutachten fahrlässig falsch erstattet. Rechtliche Überlegungen werden dargelegt.

SPANN

Alfons Weber: Körperliche Untersuchung eines Dritten im Abstammungsprozeß. *Neue jur. Wschr.* 16, 574—575 (1963).

Verf. legt dar, daß die in Abstammungsprozessen nach § 372a ZPO mögliche Anordnung der körperlichen Untersuchung eines Dritten im Hinblick auf die einschneidende Einschränkung eines verfassungsmäßig garantierten Grundrechts (Art. 2 Abs. 2 GG) nur zulässig erscheint, soweit sie zur Feststellung der Abstammung erforderlich ist. Da das Grundrecht des Betroffenen durch eine unzulässige Anordnung eingeschränkt werde, müsse er dies auch „sofort rügen können“. Verf. vertritt daher entgegen der herrschenden Meinung die Auffassung, „daß Abs. 1 des § 372a ZPO ein subjektives Recht der Betroffenen enthält, welches die Zulässigkeit von körperlichen Eingriffen auf das notwendige Maß beschränkt und auf welches er sich auch berufen kann“.

GÜNTHER BRÜCKNER (Heidelberg)

Roman Schuppert: Entstrahlungsgeräte vor dem Strafrichter. [Zentrale z. Bekämpfung der Unlauterkeit im Heilgewebe, Mainz.] *Münch. med. Wschr.* 105, 101—102 (1963).

Leichtgläubigen wurde zum Preise von DM 20.— ein Drahtgitter zum Schutze gegen „Erd- und Wasserstrahlen“ verkauft, das auch unter das Kopfkissen gelegt werden konnte. Zwei Ärzte wurden verurteilt, weil sie mit einem Rutengänger zusammengearbeitet und dabei unlautere Geschäfte gemacht hatten. Ein Studienrat hatte in der Presse gegen die sog. Strahlenabschirmgeräte polemisiert und sie als „sinnlose wirkungslose Zauberkästen“ bezeichnet; er wurde verklagt, weil die abfällige Äußerung über den Rahmen sachlicher Kritik hinausgegangen war. Erst der BGH kam in einer Grundsatzentscheidung vom 28. 2. 57 zu der Auffassung, daß der Hersteller sich unter den gegebenen Umständen eine drastische Kritik gefallen lassen müsse.

B. MUELLER (Heidelberg)

StGB § 226 a (Grenzen der Einwilligung des Verletzten). Die Einwilligung im Sinne des § 226 a StGB muß sich auf ein zukünftiges Tun oder Unterlassen eines bestimmten anderen beziehen. [BGH, Urt. v. 10. 7. 1962; 1 StR 194/62, LG Mannheim.] Neue jur. Wchr. 16, 165—166 (1963).

Bei der Pockenepidemie in Heidelberg hatte sich der katholische Seelsorger des Akademischen Krankenhauses freiwillig internieren lassen, um die Erkrankten zu betreuen; er erkrankte an Pocken. In dem Verfahren gegen den Arzt, der die Pocken aus Indien eingeschleppt hatte, wurde er auch in diesem Falle wegen fahrlässiger Körperverletzung verurteilt. Bei der Revision ließ er vortragen, daß in diesem Falle eine Verurteilung nicht erfolgen könne, weil der Geistliche von sich aus in die Internierung gegangen sei. Der BGH war jedoch der Auffassung, daß eine Einwilligung sich nur auf zukünftiges Tun und Unterlassen beziehen könne, aber nicht auf Vergangenes. Die Infektionen waren schon in den Tagen vorher sofort nach Rückkehr des Arztes nach Heidelberg erfolgt.

B. MUELLER (Heidelberg)

G. Herold: Zur Hilfeleistungspflicht des Arztes; Neues BGH-Urteil. Münch. med. Wschr. 104, 2263 (1962).

Ein Arzt hatte einen Hausbesuch verweigert, obwohl der Vater des Kindes darauf hingewiesen hatte, daß es im Sterben liege. Kausalzusammenhang zwischen dem Nichterscheinen des Arztes und dem Tode bestand nicht. Der Arzt wurde trotzdem wegen unterlassener Hilfeleistung verurteilt. Der Arzt muß kommen, wenn eine Hilfe irgendwie noch möglich ist (s. Stellungnahme des BGH, Neue jur. Wschr. 1962, 1212).

B. MUELLER (Heidelberg)

G. Herold: Unterlassene Hilfeleistung als Berufsverstoß. Med. Klin. 57, 2115 (1962).

Ein Arzt war nicht gekommen, obwohl er dringend gebeten worden war, einen Besuch zu machen. Die Art der Krankheit wird nicht mitgeteilt. Kausalzusammenhang zwischen dem Tode des Patienten und dem unterlassenen Besuch bestand nicht. Die Angelegenheit wurde dem Berufsgericht unterbreitet; der Arzt erhielt eine Geldstrafe von DM 100.— und einen Verweis; er hatte zunächst vor dem Berufsgericht nicht ganz die Wahrheit gesagt

B. MUELLER

G. Herold: Fragekasten: Frage 123. Muß ein Arzt, der Bereitschaftsdienst am Wochenende hat, in meiner Abwesenheit einen von meiner Praxis angeforderten Besuch ausführen, um sich nicht einer Übertretung des § 330 c schuldig zu machen? Münch. med. Wschr. 104, 2523 (1962).

Der BGH hat sich hierüber, wie folgt ausgesprochen: Der Bereitschaftsarzt hat eine strafrechtlich geschützte Rechtspflicht nicht nur gegenüber der kassenärztlichen Einrichtung, sondern auch gegenüber der Bevölkerung, in dringenden Erkrankungsfällen einzugreifen. Das ergibt sich aus dem Wesen des Bereitschaftsdienstes und dem überragenden Interesse der Bevölkerung, nicht zuletzt der Ärzteschaft selbst an seiner geordneten Durchführung. Wer als Bereitschaftsarzt den Schutz der Bevölkerung gegenüber gesundheitlichen Gefahren übernimmt, muß schon deshalb für pflichtwidriges Unterlassen ebenso einstehen wie für tätiges Handeln, weil die Pflichten anderer Ärzte gegenüber ihren Patienten für die Dauer des Bereitschaftsdienstes mindestens erheblich eingeschränkt werden (BGH St. 7, 212). Der Bereitschaftsarzt wird sich demnach sorgfältig überlegen müssen, ob er einen Besuch ablehnen darf; verpflichtet, jeder einzigen Aufforderung zu folgen, ist er natürlich nicht.

B. MUELLER (Heidelberg)

G. Herold: Krankheit und Ehescheidung. Münch. med. Wschr. 105, 204—207 (1963).

Eine Ehescheidung wegen Krankheit eines Ehegatten ist möglich: a) wenn durch Unzurechnungsfähigkeit oder Störungen der Geistestätigkeit die Ehegemeinschaft so tief zerrüttet ist, daß ihre Wiederherstellung nicht mehr erwartet werden kann; b) wenn eine Geisteskrankheit solche Grade erreicht hat, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben ist und ihre Wiederherstellung nicht erwartet werden kann; c) wenn bei ansteckenden oder ekel-erregenden Krankheiten Heilung oder Beseitigung der Ansteckungsgefahr in absehbarer Zeit nicht erwartet werden kann; d) wenn sich ein Partner durch Ehebruch oder sonstige Eheverfehlungen eine Krankheit zugezogen hat und die Ehe dadurch unheilbar zerrüttet worden ist. — Wird ein Arzt in einem Ehescheidungsprozeß als Zeuge benannt, so hat er die Vorschriften über die Schweigepflicht in vollem Umfange zu berücksichtigen.

SPANN (München)

Zur Frage der Entziehung der ärztlichen Approbation bei ärztlichen Verfehlungen; wichtiges Urteil des Oberverwaltungsgerichts NRW vom 4. 4. 1962. Dtsch. med. Wschr. 88, 200—201 (1963).

Nach den Bestimmungen der früher gültigen RÄO durfte die Bestallung erst dann zurückgenommen werden, wenn durch eine schwere strafrechtliche oder sittliche Verfehlung des Arztes erwiesen war, daß dem Arzt die für die Ausübung des ärztlichen Berufs erforderliche Eignung und Zuverlässigkeit fehlte. Nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit § 3 Abs. 1 Nr. 3 der jetzt gültigen BÄO ist die Rücknahme der Bestallung jetzt bereits dann gerechtfertigt, wenn der Arzt sich eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergibt. Die Bestimmungen sind also verschärft worden, eine Verurteilung braucht nicht erst abgewartet zu werden. Das Oberverwaltungsgericht Münster hat sich auf den Standpunkt gestellt, daß auf Ärzte, die sich Verfehlungen vor Inkrafttreten der Bundesärzteordnung zuschulden kommen ließen, auch jetzt noch die milderen Bestimmungen der RÄO anzuwenden sind.

B. MUELLER (Heidelberg)

Zum Begriff „niedergelassener Arzt“. Dtsch. med. Wschr. 88, 199—200 (1963).

Nach dem Inhalt des Aufsatzes gehören zu den „niedergelassenen Ärzten“ auch diejenigen Krankenhausärzte, die fest angestellt sind, die aber Privatpraxis haben dürfen.

B. MUELLER (Heidelberg)

Berufs- und Facharztordnung für die deutschen Ärzte. Ärztl. Mitt. (Köln) 59, 2323 bis 2332 (1962).

HeilmittelwerbeVO-HWVO-§ 4 Abs. 1; UWG §§ 1, 13 (Wettbewerbsverstöße bei der Werbung für Heilmittel). Verstöße gegen die HeilmittelwerbeVO stellen auch Verstöße gegen § 1 UWG dar. Ob Angstgefühle hervorgerufen werden (§ 4 Abs. 1b HWVO), ist vom Gesichtspunkt eines normalen, weder gegen Werbemethoden besonders abgestumpften noch auf diesem Gebiet besonders empfindlichen Lesers zu beurteilen. Eine Selbstbehandlungsschrift (§ 4 Abs. 1d HWVO) setzt voraus, daß der Behandelnde zunächst die Anwendung überhaupt und dann die Fortsetzung der Anwendung des empfohlenen Mittels prüfen soll. Die unterschiedslose Benutzung des Heilmittels oder -gegenstandes stellt keine Behandlung im Sinne dieser Vorschrift dar. [OLG Stuttgart, Urf. v. 3. 4. 1962; 6 U 26/62.] Neue jur. Wschr. 15, 2064—2065 (1962).

Ausführlicher Auszug aus den Urteilsgründen und Literaturhinweise. SPANN (München)

Müller-Tochtermann: Ausschließung von Ärzten durch private Krankenversicherungsgesellschaften und Begutachtung ärztlicher Honorarforderungen durch die Ärztekammer. Dtsch. med. Wschr. 87, 2596—2599 (1962).

Private Krankenkassen waren mit den behandelnden Ärzten wegen Honorarforderungen in Konflikt gekommen. Die zuständige Ärztekammer hatte die Honorarforderungen als zu hoch bezeichnet. Die privaten Krankenkassen schlossen diese Ärzte von der Behandlung der Versicherten aus. Das Oberverwaltungsgericht Lüneburg war der Auffassung, daß dieser stillschweigende Ausschluß ohne Anhörung der Ärzte und ohne daß sie benachrichtigt wurden, nicht zulässig sei.

B. MUELLER (Heidelberg)

G. Herold: Anordnung des Ruhens der Berufsbefugnis wegen Suchtverdachts. Zur Frage der sofortigen Vollziehung. Med. Klin. 57, 1917—1918 (1962).

Es wird eine Entscheidung des OVG Münster (Neue jur. Wschr. 1962, 698), besprochen. Einem Arzt war wegen erheblich erhöhten Pervitinverbrauchs die Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes untersagt und die sofortige Vollziehung dieser Verfügung angeordnet worden. Das OVG hat dem Widerspruch des Arztes stattgegeben und den sofortigen Vollzug ausgesetzt. Aus den Entscheidungsgründen geht hervor, daß an die Vollziehungsanordnung einer Verfügung über das Ruhen der Bestallung wegen Süchtigkeit des Arztes strenge Anforderungen zu stellen sind.

SPANN (München)

Julius Schwoerer: Ehrenrettung der exceptio plurium. Neue jur. Wschr. 16, 11—14 (1963).

Gegen die exceptio plurium ist schon oft Sturm gelaufen worden; man hat an eine Genossenschaftsvaterschaft gedacht, an der sich alle in Betracht kommenden Männer beteiligen sollten, man hat auch daran gedacht, denjenigen zum Zahlvater zu machen, der nach medizinisch-naturwissenschaftlichen Methoden am wahrscheinlichsten als Vater anzusehen ist. Verf. spricht sich für Beibehaltung für exceptio plurium aus; wie die Verhältnisse jetzt liegen, ist dafür gesorgt, daß in den meisten Fällen der biologische Vater auch der Zahlvater wird. Dies ist zu erstreben, wenn man etwa eine Verwandtschaft zwischen unehelichem Kind und unehelichem Vater einführen würde. Die Vorschläge des Juristentages würden nur eine etwas andere Fassung, aber keine Verbesserung bedeuten, so meint Verf.

B. MUELLER (Heidelberg)

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

Armando R. Samico, Helio B. Coutinho, Jacia T. Rocha and Robert L. Hunter: The zymogram method as a tool for the characterization of unknown blood after it has dried. (Die Zymogramm-Methode als Hilfsmittel zur Charakterisierung von unbekanntem, eingetrocknetem Blut.) [Dept. of Anat., Univ. of Michigan, Ann Arbor.] J. forens. Sci. 7, 480—485 (1962).

Es wurden insgesamt zwölf verschiedene Blutarten von Mensch, Katze, Rind, Schaf, Ziege, Schwein, Puter, Huhn, Ratte, Affe, Opossum und Kröte in der Stärkegel-Elektrophorese nach der von SMITHIES angegebenen Methode auf Esterasen untersucht. Für jede Blutart wurde eine charakteristische Bande festgestellt. Der Trennvorgang erstreckte sich über einen Zeitraum von 4 Std bei einer Stromspannung von 6 V/cm. Die auf Wäschestücken hergestellten und anschließend bei Raumtemperatur getrockneten Blutproben (1 ml) wurden vor der Elektrophorese mit 1 ml dest. Wasser 30 min lang extrahiert. Als Impfpapier diente ein 5:13 mm großes Stück Filtrierpapier. Als Entwickler wurden entweder α -Naphthylacetat oder -butyrat benutzt, gefärbt wurde mit „blauem RR-Salz“. — Eine systematische Überprüfung der Enzymstabilität im Menschenblut ergab, daß noch an 310 Tage alten eingetrockneten Blutproben brauchbare Untersuchungsergebnisse erzielt wurden. Bei älteren Blutproben beansprucht die Extraktion der Proteine bei einer Temperatur von 37° C mindestens 24 Std. In diesen Fällen hat man auch mit dem Butyrat-ester bessere Erfahrungen gemacht als mit dem Acetat-ester. — Anschauliches Diagramm über zwölf verschiedene Esterasebanden. Anschließend wird die Zymogramm-Methode zur Identifizierung unbekanntes Blutes als zusätzliches Hilfsmittel sehr empfohlen.

H. REH

K. J. Chishnjakowa: Die diagnostische Bedeutung der Morphologie des Milchdrüsensekrets. [Gerichtl.-Med. Lehrst., Staatl. Med. Inst., Kursk, UdSSR.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 15, 93—95 (1962).

Die Morphologie des Milchdrüsensekrets hängt vom Funktionszustand der Drüse ab. Bei Neugeborenen findet man Fettkügelchen, kleine Epithelzellen mit Fetteinschlüssen, Leukocyten und Kernreste. In der Pubertät nimmt die Zahl von Fettkügelchen und größeren Epithelzellen besonders bei der Menstruation zu. In den ersten 6—12 Wochen der Schwangerschaft enthält die Milch wenig Fettkügelchen und helle Epithelzellen mit feinschaumigem Protoplasma und exzentrisch liegendem Kern. Von der 13.—26. Schwangerschaftswoche nimmt die Menge des Sekrets und der geformten Elemente — vorwiegend kleiner Epithelzellen — etwas zu. Vereinzelt treten auch Epithelzellen mittlerer Größe, deren Protoplasma Fetteinschlüsse enthält, auf. Zu Beginn der 20.—22. Woche findet man Leukocyten und desquamierete Epithelien in geringer Anzahl. In der 27.—40. Woche der Schwangerschaft überwiegen die Epithelzellen von geringerer Größe mit uneinheitlich schaumigem Plasma. Vereinzelt sind auch mehrkernige und ringförmige geformte Zellen zu finden. In den ersten 3—7 Tagen der Lactation enthält das Sekret außer Fettkügelchen auch noch kleinere und mittlere Epithelzellen, freie Zellkerne und einzelne Leukocyten (Colostrum). Während der 8—10 Monate des Stillens finden sich im Plasma Fettkügelchen; in den letzten 10—12 Monaten der Stillzeit in geringerer Zahl Epithelzellen. Bei nichtstillenden Wöchnerinnen herrschen neben Fettkügelchen Epithelzellen vor. Nach Schwangerschaftsunter-