

3. Sträflinge, die sich in der Anstalt einwandfrei verhalten, aber außerhalb der Anstalt wieder straffällig werden, 4. Milieubedingte Spätkriminelle mit mildernden kriminellen Lebenskurven, 5. Rechtsbrecher von psychotischem Einschlag. B. MUELLER (Heidelberg)

**StPO §§ 74, 24; G. ü. d. Einrichtung eines Bundeskriminalpolizeiamts v. 8. 3. 1951 (BGBl. I 165) (Ablehnung von Bundeskriminalbeamten als Sachverständigen).** Beamte des Bundeskriminalamts, die im Ermittlungsdienst als Hilfsbeamte der Staatsanwaltschaft eingesetzt sind, können in aller Regel als Sachverständige mit Erfolg wegen Befangenheit abgelehnt werden. [BGH, Urt. v. 11. 1. 1963 — 3 StR 52/62 (LG München).] Neue jur. Wschr. 16, 821—823 (1963).

### Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

**E. H. Ackerknecht: Zur Geschichte der medizinischen Ethik.** [Med.-histor. Inst., Univ., Zürich.] Praxis (Bern) 53, 578—581 (1964).

Verf. beginnt mit dem hippokratischen Eid und erwähnt dann weiteres Schrifttum früherer Zeit, in welchem zur ärztlichen Ethik Stellung genommen wird, so die Schrift von GREGORY aus Edinburgh (um 1724) und die Schrift von PERCIVAL aus Manchester (nach 1740). Von Einzelheiten sei erwähnt, daß für die Privatpraxis vom Arzt Aufmerksamkeit, Menschlichkeit, Geduld und Verschwiegenheit verlangt werden. Der Arzt soll sich bei solchen Besuchen im Alkoholgenuß mäßigen, man dürfe auch Unheilbare nicht aufgeben. Eigenartigerweise wird vorgeschlagen, man solle für briefliche Konsultation das Doppelte verlangen. B. MUELLER (Heidelberg)

**Glenn W. Bricker: Professional negligence, a factor in the dissemination of serum hepatitis. Preliminary report. Medico-legal significance. Recommendations.** (Nachlässigkeit im Beruf, ein Faktor bei der Verbreitung der Serum-Hepatitis. Vorläufige Mitteilung. Gerichtsmedizinische Bedeutung. Empfehlungen.) [Chairman-Dept. of Legal Med., Rolling Hill Hosp. and Diagn. Ctr., Philadelphia, Pa.] [5. Kongr., Internat. Akad. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Wien 22.—27. V. 1961.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 17, 39—41 (1964).

Verf. berichtet über die medizinischen Aspekte eines gerichtlichen Verfahrens gegen einen Arzt, der beschuldigt wurde, durch Vernachlässigung der ärztlichen Sorgfaltspflicht bei Injektionen die Erkrankung von 60 Patienten, davon 15 Fälle mit tödlichem Ausgang, verursacht zu haben. Er soll im Verlauf von 6 Monaten täglich 75—100 Patienten Injektionen mit dem gleichen Spritzenbesteck verabreicht haben, wobei er nur die Kanüle auswechselte. Es wird vermutet, daß die Spritze durch angesaugtes Blut kontaminiert wurde. Da die Gefahren bei der parenteralen Therapie hinlänglich bekannt und die Übertragung durch sorgfältige Sterilisationstechnik vermeidbar ist, liegt zweifellos eine unentschuld bare ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung vor. An den Nachweis einer iatrogenen Serumhepatitis sind jedoch wegen der Folgen für den Arzt strengste Anforderungen zu stellen. Das Gutachten der ärztlichen Sachverständigen ist für das Verfahren von ausschlaggebender Bedeutung. Verf. empfiehlt ein gesetzliches Verbot der Resterilisation von Kanülen und Bestecken, die zur parenteralen Therapie benutzt werden und/oder der Wiederverbenutzung von Spritzenbestecken ohne vorherige sorgfältige Sterilisation. PPOCH (Bonn)

**W. Perret: Ist der Handrücken ein gefahrloser Injektionsort für intravenöse Einspritzungen?** Med. Klin. 58, 1207—1209 (1963).

Verf. weist auf die Tatsache hin, daß es auch bei Injektionen am Handrücken an Stelle der beabsichtigten intravenösen zu einer intraarteriellen Applikation kommen kann. Er beschreibt die arterielle Gefäßversorgung der Hand. Auch hier können atypische Gefäßverläufe vorliegen. Es wird ein Urteilsspruch des Landgerichtes Berlin vom 20. 12. 1962 zitiert, in dem festgestellt wurde, daß es kein sicheres Mittel gibt, mit dem differenziert werden kann, ob eine Canüle in einer venösen oder arteriellen Strombahn liegt. Auch die Farbe des Blutes, Widerstand des Spritzenpumpels bei der Injektion und Widerstand der Gefäßwand beim Einstechen ermöglichen keine sichere Kontrolle. In dem o. a. Prozeß wurde einer Ärztin der Vorwurf gemacht, daß eine Injektion am Handrücken als solche schon fehlerhaft sei. Bisher wurde jedoch von der Rechtsprechung unterstellt (L. G. KOBLENZ 3. 7. 1953), daß die Wahl der geeigneten Vene dem Arzt

überlassen werden muß. Der Sachverständige kam in dem Prozeß zu dem Schluß, daß „die Nichterkennung der intraarteriellen Nadellage dem Arzt niemals als Verschulden angerechnet werden kann“. Die Klage wurde abgewiesen. Einen gefahrenlosen Ort für eine intravenöse Injektion gibt es nicht!  
SACKREUTHER (Heidelberg)<sup>oo</sup>

**F. Mingrino, R. Maddaluno e D. Diversi: Contributo clinico-statistico alla laringite acuta stenosante del lattante sotto trattamento cortisonico.** (Klinisch-statistischer Beitrag zur akuten stenosierenden Laryngitis des Säuglings unter Cortison-Behandlung.) [Clin. Mal. Infett., Univ. Roma.] *Aggiorn. pediat.* **14**, 209—212 (1963).

Bei 13 Säuglingen im Alter von 10 Tagen bis 10 Monaten mit akuter katarrhalischer stenosierender Laryngitis wurde Prednisolon intramuskulär 4 mg/kg für höchstens 5 Tage in Kombination mit antibiotischer und antispastischer Therapie gegeben. 15 andere Säuglinge im Alter von 4—10 Monaten wurden in gleicher Weise, aber ohne Prednisolon behandelt. Bei ersteren verschwand die Stenose-Symptomatologie innerhalb 24—36 Std, die allgemeine Heilung trat nach 5—10 Tagen ein. Ein Kind mit gleichzeitiger Bronchopneumonie starb. Die Säuglinge ohne Cortison verloren ihre Asphyxieerscheinungen erst nach 3—4 Tagen, waren aber ebenso nach 7 bis 10 Tagen genesen. Zwei Kinder starben an Bronchopneumonie. KLEMM (Brauel/Zeven)<sup>oo</sup>

**H. A. Thies: Nebenwirkungen von Antikoagulantien.** [Chir. Univ.-Klin., Hamburg-Eppendorf.] *Chemotherapie (Basel)* **6**, 303—314 (1963).

Der sehr erfahrene Verf. in Fragen der Blutgerinnung und Anticoagulantien gibt eine Zusammenstellung der wesentlichsten Nebenwirkungen von Anticoagulantien. Die Blutung nach Anticoagulantien wird demnach bei richtiger Dosierung und Überwachung nur in 0,5—1% gesehen. Entscheidend ist die sinnvolle Zusammenarbeit zwischen Operateur, Anaesthesist, Stationsarzt und Thrombosearzt. Andere Nebenwirkungen sind selten und werden in der Regel als spezifische Folge für eine bestimmte Gruppe von Anticoagulantien beobachtet. Als Antidot von Heparin wird Protaminsulfat oder Polybren verwendet, und die Cumarinwirkung wird durch Vitamin K abgekürzt bzw. aufgehoben. GRAEBER (Heidelberg)<sup>oo</sup>

**Hermann Michel: Tödliche anaphylaktische Reaktion nach Insulininjektion.** [II. Med. Klin. u. Poliklin., Freie Univ., Berlin.] *Med. Welt* **1963**, 909.

**H. Michel: Die Schutzimpfung und der Allergiker.** [II. Med. Klin. u. Poliklin., Freie Univ., Berlin.] *Berl. Med.* **14**, 435—438 (1963).

Verf. gibt im Anschluß an die auf dem Berliner Kongreß für ärztliche Fortbildung 1962 erarbeiteten Gesichtspunkte einen Überblick über Schutzimpfungen bei allergischen Personen, ein akutes Problem, weil Respirationsallergien von jahreszeitlich gebundenem (Pollinose) und bakteriellem Charakter anscheinend zunehmen und aktive Immunisierungen in immer größerem Umfang z.B. bei Auslandsreisen obligatorisch werden. Tabellarisch werden die verschiedenen allergischen und nichtallergischen Reaktionen auf spezifische Antigenzufuhr aufgeführt, desgleichen die sehr unterschiedlichen Antigene und Haptene, die für die Präparation von Impfstoffen benötigt werden. Pferdeserum ist beispielsweise im Poliomyelitis-Impfstoff in einer Verdünnung von 1:1000000 bis 1:5000000 vorhanden, Penicillin in zahlreichen amerikanischen Impfstoffen in ca. 80% aller Proben in weniger als 0,001 E/ml enthalten. Bereits diese kleinen Antigenmengen sind imstande, den Impfling zu sensibilisieren. Allergiker scheinen leichter zu Impfkomplicationen zu neigen, denn von 48 Kindern mit postvaccinaler Encephalitis zeigten 30 eine eigene oder familiäre allergische Disposition, etwa im Sinne einer allergischen Diathese. Auch gegen Affenproteine innerhalb von Impfstoffen können Überempfindlichkeitsreaktionen auftreten. Eine Penicillin-Überempfindlichkeit als Ursache hyperergischer Impfwischenfälle ist sehr selten und läßt sich durch rasche Besserung nach einer einzigen Penicillinase-Injektion beseitigen und damit verifizieren. Asthmakranke sind im Stadium des Anfalls oder einer erhöhten Anfallsbereitschaft von Schutzimpfungen auszuschließen. Steroide sind besser 2 Wochen vor einer geplanten Impfung zu meiden. Desensibilisierungsmaßnahmen haben im Verlauf einer Impfung niemals lokale oder allgemeine Komplikationen hervorgerufen. Verf. warnt vor der Polio-Schluckimmunisierung bei Dysfermentie-Dyspepsie, bei Colica mucosa und anderen Zuständen, die auf intestinaler Nahrungsmittelüberempfindlichkeit beruhen. Insgesamt ist jedoch die Zahl der absoluten Impfkontraindikationen bei Menschen mit allergischer Diathese „an den Fingern einer Hand abzuzählen“. HEMPEL (Karl-Marx-Stadt)<sup>oo</sup>

**G. Cuppini: Su due casi di ingestione accidentale di strumenti odontoiatrici.** [Clin. Odont., Univ., Bologna.] [Bologna, 13.—15. X. 1960.] Atti 17. Congr. naz. Soc. ital. Med. leg. Assicuraz. (Med. leg. [Genova] 10, Nr 3—4) 1962, 1071—1085.

**Dieter Grossklaus: Frischzelltherapie und Zellspendertiere.** [Bundesgesundheitsamt, Berlin.] Bundesgesundheitsblatt 6, 409—411 (1963).

Es genügt nicht, daß Zellspendertiere nur nach den gesetzlichen Bestimmungen für Schlachtvieh untersucht werden, weil dabei manche Zoonose unerkannt bleiben kann (insbesondere Brucellose [1% der Rinder], Salmonellose, Listeriose [etwa 35% der Rinder und Schafe sind seropositiv], Rickettsiose [7—10% der Rinder sind seropositiv], Toxoplasmose [über 30% der Rinder, Schafe und Schweine haben pathologisch hohe Titer] und Leptospirose [rund 4—6% der Rinder sind seropositiv]). Routinemäßig wird nur der Tauglichkeitsgrad „für den menschlichen Genuß“ beurteilt. Die Verantwortung für eine durch intramuskuläre oder percutane Frischzellenapplikation übertragene Infektion liegt nicht beim Fleischbeschauer, sondern nur bei dem diese Zelltherapie durchführenden Arzt. Dazu kommt, daß gerade die für die Frischzelltherapie verwendeten Gewebe (Hoden, Feten, Eihäute) als „grundsätzlich untauglich für den menschlichen Genuß“ zu gelten haben und nur polizeilicherseits speziell für die Frischzellbehandlung freigegeben werden können. Den Gefahren einer durch diese Therapie verursachten Infektion des Patienten (über diese Infektionsgefahr auch auf dem percutanen Wege sind eine Reihe Literaturangaben im Original aufgeführt) kann man nur begegnen, wenn die Spendertiere aus ständig isoliert gehaltenen und amtstierärztlich kontrollierten Beständen stammen und auf spezifische Allergien sowie serologisch, erforderlichenfalls auch bakteriologisch untersucht werden. — Da Frischzellen für die Therapie im Sinne des Arzneimittelgesetzes Arzneimittel darstellen, „könnte es einen Verstoß gegen § 6 Abs. 1 des Gesetzes darstellen, wenn vor Anwendung der Frischzellen nicht alle wissenschaftlich gebotenen Untersuchungen durchgeführt wurden, um die Unschädlichkeit des Materials zu sichern.“  
G.-W. SCHMIDT (Gießen)<sup>oo</sup>

**R. Schmelcher: Herausgabe von Krankenunterlagen, ärztliche Auskunft- und Schweigepflicht.** Therapiewoche 13, 1139—1142 (1963).

Der Aufsatz stellt die Niederschrift eines Vortrages auf der Therapiewoche 1963 dar und befaßt sich summarisch mit Fragen der ärztlichen Aufklärungspflicht, Schweigepflicht und Gutachterpflicht. Zu eingehender Unterrichtung ist der Beitrag nicht geeignet, zumal er in manchem Bedenken begegnen muß, so z.B. der überspitzten Kritik an § 1543 der RVO und Leit-Nr. 55 des Abkommens Ärzte-Berufsgenossenschaften. Zum Fragenkomplex der Schweigepflicht wird u. a. die Entscheidung des OLG Köln vom 19. 10. 1961 zitiert; dazu wäre aber zu beachten, daß es sich hier um eine Gutachtenerstattung in einem Haftpflichtfall und nicht um eine solche in einem Selbstversicherungsfall (private Kranken- oder Unfallversicherung) handelte. Nicht zugestimmt werden kann der Meinung, ein die Aussichten einer Heilung oder den Grad der Erwerbsminderung beurteilender Arzt sei sachverständiger Zeuge; er ist vielmehr Sachverständiger; denn eine Aussicht ist etwas in die Zukunft gerichtetes, zukünftiges kann aber nicht Gegenstand einer Zeugenaussage sein.  
J. PROBST (Murnau)<sup>oo</sup>

**G. Siegmund-Schultze: Herausgabe und Beschlagnahme von Krankenunterlagen.** Therapiewoche 13, 1143—1149 (1963).

Zu den Krankenunterlagen, einem Sammelbegriff, gehören Krankengeschichten, Krankenblätter, Karteikarten, Fieberkurven, Operationsberichte, Transfusionsberichte, Röntgenfilme, EEG, EKG, Patientenphotos, Sektionsprotokolle, Briefe des Patienten an den Arzt, entfernte Fremdkörper, Blutproben. — Eigentümer der Krankenunterlagen ist in der Regel der Arzt. Nach § 950 BGB ist derjenige, der durch die Verarbeitung oder Umbildung eines Stoffes eine neue Sache herstellt, Eigentümer dieser Sache, wenn der Wert der Verarbeitung denjenigen des Stoffes übersteigt. Das Schreiben ist vom Gesetzgeber ausdrücklich als eine Art der Verarbeitung erwähnt, und weil hier der Wert des Geschriebenen ohne Zweifel den Wert des Materials übersteigt, wird also der Arzt immer Eigentümer der Krankenunterlagen, und zwar auch dann, wenn das Material von einem Dritten gestellt worden ist. Gleichgültig ist, ob die Krankenunterlagen von dem Arzt persönlich gefertigt worden sind oder ob er sie von medizinischen Hilfskräften hat anfertigen lassen. Steht der Arzt in einem Dienstverhältnis zu einem Krankenhaus, dann ist nicht er, sondern der Krankenhausträger Eigentümer der Krankenunterlagen; aber dem Arzt steht in jedem Falle das Urheberrecht zu. Als Ausfluß dieses dem Arzt zustehenden Urheberrechts ist zu beachten, daß der Krankenhausträger die Krankenunterlagen nur dann

herausgeben darf, wenn der Arzt als ihr geistiger Urheber dieser Herausgabe zugestimmt hat. Der Arzt ist weiterhin als Nichteigentümer auch berechtigt, jederzeit von den Krankenunterlagen Abschriften oder Auszüge fertigen zu lassen. — Krankenunterlagen sind keine öffentlichen Urkunden, sondern nur Gedächtnisstützen bzw. persönliche Aufzeichnungen zum ausschließlichen Gebrauch des Arztes und seiner Kollegen und Nachfolger. Wären Krankenunterlagen als Urkunden anzusehen, dann entstünde für sie automatisch eine gewisse Publizitätswirkung und auf diese müßte der Arzt bei der Führung der Krankenunterlagen Rücksicht nehmen. Der Niederschlag der geistigen Arbeit ihres Urhebers verträgt aber gerade keinen Kontakt mit der Außenwelt; es besteht eine gewisse Ähnlichkeit mit den Handakten eines Rechtsanwalts. Von Urkunden unterscheiden sich Krankenunterlagen auch dadurch, daß sie nicht von vornherein zu Beweiszwecken angefertigt wurden. — Die Aufbewahrungspflicht beträgt 5 Jahre, in Niedersachsen 10 Jahre. Der Verf. rät dazu, die Aufbewahrungszeit selbständig erheblich zu erweitern, weil Ansprüche häufig mit dem Hinweis, erst später erkennbar geworden zu sein, später als nach 5 Jahren erhoben werden. — Ein Herausgabebanspruch des Patienten bezüglich der Krankenunterlagen besteht nicht. Der Arztbehandlungsvertrag ist kein Geschäftsbesorgungsvertrag, welcher stets auf eine Tätigkeit wirtschaftlicher Art hinausläuft. Der Arztbehandlungsvertrag ist vielmehr das typische Beispiel für Verträge, die keine Beziehung zum Vermögen haben. Es widerspricht der allgemein herrschenden Auffassung, daß ein Patient den von ihm konsultierten Arzt mit der Anfertigung von Krankenunterlagen, Röntgenbildern usw. beauftragt. Der Patient kann also aus dem Arztbehandlungsvertrag stets nur einen Anspruch auf die kunstgerechte Behandlung, niemals aber einen solchen auf die Anfertigung und spätere Aushändigung von Krankenunterlagen herleiten. Auch als ursprünglich nicht beabsichtigte, sich erst später ergebende vertragliche Nebenpflicht kann ein Herausgabebanspruch nicht konstruiert werden; eine typische Nebenpflicht des Arztbehandlungsvertrages ist nur die ärztliche Auskunftspflicht. Auch auf dem Umweg über § 810 BGB kann der Patient Krankenunterlagen nicht erlangen; denn Krankenunterlagen sind nicht als Urkunden anzusehen; es ist feststehende Rechtsansicht, daß es sich bei den Unterlagen, in die der Anspruchsberechtigte Einsicht nehmen will und kann, um solche mit einer rechtsgeschäftlichen Bedeutung handeln muß. — Sodann geht die Arbeit auf die Beziehung von Krankenunterlagen, insbesondere durch Sozialgerichte, ein. Durchaus zutreffend wird hervorgehoben, daß § 106 Abs. 3 SGG dem Vorsitzenden den Auftrag gibt, die Unterlagen zur Verhandlung herbeizuschaffen. Aus den Gesetzestexten selbst wie aus den Gesetzesmaterialien ist indessen ersichtlich, daß es sich nur um eine Anweisung an den Vorsitzenden handelt, keineswegs aber eine Vorlage- oder Herausgabepflicht aufstehender Institutionen oder dritter Personen begründet wird. Die Krankenunterlagen stehen nämlich im Eigentum des Arztes oder des Krankenhausträgers. Der Eigentümer einer Sache kann mit ihr nach Belieben verfahren und jeden anderen von einer Einwirkung ausschließen. Das garantiert auch Art. 14 GG. Ebenso respektieren § 1543 der RVO und Leit-Nr. 55 Abkommen Ärzte-Berufsgenossenschaften das Eigentum an den Krankenunterlagen und verlangen lediglich eine im Umfang vom Arzt zu bestimmende Berichterstattung. — Die Beschlagnahme von Krankenunterlagen ist nach Ansicht des Verf. nur möglich, wenn Patienten und Arzt an einer Straftat beteiligt sind. Ist der Patient Alleintäter, dürfen die Krankenunterlagen bei dem Arzt nicht beschlagnahmt werden, es sei denn, daß der Arzt durch den Patienten von der Schweigepflicht entbunden wurde. Geschütztes Rechtsgut ist in einem solchen Fall das Zeugnisverweigerungsrecht des behandelnden Arztes, das an die berufliche Schweigepflicht anschließt. Der Gesetzgeber sieht auch das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes für sich allein als ein schutzwürdiges Rechtsgut an, und zwar ohne Rücksicht darauf, daß der Täter allein die Rechtsordnung gebrochen hat. Hat hingegen allein der Arzt eine strafbare Handlung begangen oder ist er einer solchen verdächtig, besteht ebenfalls Beschlagnahmefreiheit, weil der Patient Anspruch auf das berufliche Schweigen des Arztes hat. Andererseits können Krankenunterlagen dann stets beschlagnahmt werden, wenn der Patient den Arzt von seiner beruflichen Schweigepflicht hinsichtlich des Inhalts der Krankenunterlagen befreit hat.

J. PROBST<sup>oo</sup>

### Max Kohlhaas: Herausgabepflicht und Beschlagnahme ärztlicher Aufzeichnungen. Neue jur. Wschr. 17, 1162—1166 (1964).

Wenn keine Herausgabepflicht besteht, können die Aufzeichnungen auch nicht beschlagnahmt werden (§§ 94, 97 StPO). Wird ein Arzt als Alleintäter beschuldigt, so ist Beschlagnahme möglich. Nach Meinung von Verf. dient § 97 StPO dem Schutz des Vertrauens eines Verdächtigten zu einer vertrauten Person, nicht aber dem Schutz des einer Tat allein Verdächtigen, der nur den Vorteil hat, zugleich eine vertrauensgeschützte Person zu sein. Es könnte allerdings sein, daß durch die Beschlagnahme auch unter das Berufsgeheimnis fallende Tatsachen

offenbar werden, die an sich geschützt sind. Verf. schlägt für das künftige Recht etwa folgende Fassung vor: Werden Beschlagnahmen nach § 94 StPO bei einer der in § 97 genannten Vertrauensperson auf Grund eines Tatverdachts gegen diese Person als Alleintäter durchgeführt, so sind die dabei gefundenen Unterlagen nur im Hinblick auf den Verdächtigten und etwaigen Mittäter als Beweismittel verwertbar.

B. MUELLER (Heidelberg)

**H. Kleinewefers und W. Wilts: die ärztliche Schweigepflicht und § 159 StPO.** Med. Klin. 59, 584—586 (1964).

Der Krankenhausarzt ist keine Polizeibehörde, die verpflichtet wäre, gewaltsame Todesfälle und Verletzungen der Polizei anzuzeigen. Man kann darüber diskutieren, ob die Krankenhausverwaltung eine solche Meldepflicht hat. In einem solchen Fall würde aber für den Krankenhausarzt Schweigepflicht gegenüber der Krankenhausverwaltung bestehen.

B. MUELLER (Heidelberg)

**E. Liebhardt und W. Spann: Die Problematik der Schweigepflicht der Medizinstudenten.** [Inst. f. Gerichtl. Med. u. Versich.-Med., Univ., München.] Münch. med. Wschr. 106, 999—1002 (1964).

Wer als Famulus an einer Klinik oder an einem Krankenhaus arbeitet oder wer hier im Krankenpflegedienst beschäftigt ist, ebenso wer, als Praktikant aufgerufen, in einem Kursus oder einer klinischen Vorlesung einen Kranken untersucht, gehört zu den Personen, denen die Schweigepflicht obliegt. Dies gilt außerhalb der Medizin auch für Referendare, die bei Anwälten arbeiten. Nach Meinung der Verff., die sich auf strafrechtliches Schrifttum stützen, gilt dies aber nicht ohne weiteres für Besucher von medizinischen Vorlesungen, auch dann nicht, wenn sie klinische Medizin studieren. Verff. vertreten die Meinung, daß der Hochschullehrer selbst verpflichtet sei, das Berufsgeheimnis inne zu halten; er könne sich nicht darauf verlassen, daß die Studenten zur Schweigepflicht nach § 300 Abs. 2 StGB verpflichtet sind. Wenn es unbedingt notwendig ist, Fälle zu bringen, so könnte ein Rechtfertigungsgrund aus dem Lehrauftrag des Hochschullehrers abgeleitet werden. Wenn Nichtmediziner medizinische Vorlesungen hören, so fallen sie selbstverständlich nicht unter die Schweigepflicht. Ref. möchte meinen, daß diese Frage ernsthaft weiter diskutiert werden muß. Der medizinische Hochschullehrer, der Fälle bringt, setzt sich unter Umständen der Gefahr aus, wegen Bruch des Berufsgeheimnisses belangt zu werden, wenn der Hörer (ob Mediziner oder Nichtmediziner, ist gleichgültig) auch ohne Namensnennung dem Kolleg Einzelheiten entnimmt und sie vielleicht in zugespitzter Form weitergibt. Diese Unsicherheit müßte in geeigneter Weise durch Änderung des Gesetzes oder durch andersartige Auslegung in hinreichendem Maße beseitigt werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Herbert Niedermayer: Nochmals: Die Schweigepflicht der Krankenhausleitung.** Neue jur. Wschr. 17, 1172 (1964).

Verf. weist darauf hin, daß der bayerische Leichenschauer die Pflicht hat, Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod zu melden. Wird ein Krankenhausarzt zum Leichenschauer bestellt, so wird diese Pflicht nicht dadurch aufgehoben, daß die Krankenhausleitung der Schweigepflicht unterliegt.

B. MUELLER (Heidelberg)

**ZPO § 383; FGG § 15 (Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes wegen beruflicher Schweigepflicht).** Die berufliche Schweigepflicht des Arztes und demgemäß auch sein Zeugnisverweigerungsrecht bestehen grundsätzlich nach dem Tode des Patienten fort. — b) Ausnahmsweise ist jedoch ein Arzt, der nach dem Tode des von ihm behandelten Patienten zum Zwecke der Feststellung der Testierfähigkeit desselben über dessen Geisteszustand als sachverständiger Zeuge vor Gericht aussagen soll, insoweit an seine berufliche Schweigepflicht nicht gebunden und auch nicht berechtigt, die Zeugenaussage zu verweigern. — c) Soweit im übrigen die Schweigepflicht den Tod des Patienten überdauert, kann der Arzt von ihr weder durch die Erben noch durch die nächsten Angehörigen des Patienten entbunden werden. [LG Augsburg, Beschl. v. 21. XI. 1963 — 5 T 109/63.] Neue jur. Wschr. 17, 1186—1190 (1964).

**P. Petersen: Schadensersatzpflicht des Arztes — insbesondere bei Diagnose-, Injektions-, Impf-, Röntgen- und Therapiefehlern.** Therapiewoche 13, 1134—1139 (1963).

In diesem Aufsatz sind zahlreiche Fehler bei ärztlicher Tätigkeit, die zur Schadensersatzpflicht führten und gerichtlich ausgetragen wurden, erwähnt. Es wird kein bestimmtes Fachgebiet

angesprochen. — I. Fehler bei der Diagnosestellung: Der häufigste Fehler ist, daß überhaupt keine echte Diagnose gestellt wird, zumal dann, wenn der Patient von Arzt zu Arzt oder von Abteilung zu Abteilung weitergegeben wird. Die daraus erwachsenden therapeutischen Fehlleistungen führen zur Schadensersatzpflicht des Arztes. Die Diagnose setzt den Kontakt mit dem Patienten voraus; der Kontakt ist beim Hausarzt enger, beim Klinikarzt überhaupt nicht vorhanden. Auch der zu einem Unfall gerufene Arzt kennt gewöhnlich den Verletzten nicht. Die Tatsache, daß rasche Hilfe gebraucht wird, darf nicht dazu führen, daß jede Diagnostik völlig unterlassen wird. Die richtige Diagnose zu stellen, setzt auch die Wahl der dazu geeigneten Mittel voraus; eine Diagnose darf sich nicht allein auf die Anamnese stützen. Zum Komplex der Fehler bei der Diagnose gehört auch die rechtzeitige Weitergabe der ermittelten Diagnose oder Teildiagnose an den weiterbehandelnden Arzt und unter Umständen sogar an den Patienten. — II. Fehler bei der Therapie: Hier spielt hauptsächlich die Wahl zwischen Behandlung und Nichtbehandlung und die Überlegung, ob ein Eingriff nicht erforderlich, sondern nur zweckmäßig ist, eine besondere Rolle. Die Problematik verlagert sich leicht vom Gebiet der Therapie auf das der Diagnose und der Einwilligung. Eingriffe, die der Arzt nicht für erforderlich, sondern nur als gegeben ansieht, verpflichten ihn zu besonders sorgfältiger Prüfung etwaiger Gegengründe und ebenso zu sorgfältiger Prüfung der Rechtswirksamkeit der Einwilligung bzw. ihres Vorhandenseins überhaupt. Weiterhin muß bei der Wahl der Behandlung auch berücksichtigt werden, welche Aussichten sie hat; Voraussetzung dazu ist die Prüfung ihrer Geeignetheit. So hat der BGH die Neomycinbehandlung ohne vorherigen bakteriologischen Test mit Resistenzbestimmung als Kunstfehler angesprochen, weil nachträglich eine Resistenz der Erreger gegen Neomycin festgestellt werden konnte, das Neomycin seinerseits aber die Ertaubung des Patienten bewirkte. Eine besondere Rolle bei der Wahl der Therapie und der Beurteilung ihrer Zweckmäßigkeit spielt die ausreichende Aufklärung des Patienten. Das kann von besonderer Bedeutung sein, wenn der Arzt von der herrschenden Behandlungsregel (Schulmedizin) abweichen will. Der Arzt ist nicht verpflichtet, das als das wirksamste geltende Mittel auch dann anzuwenden, wenn seine auf sachliche Gründe gestützte persönliche Überzeugung mit der überwiegenden Meinung nicht übereinstimmt; aber der von der Schulmedizin abweichende Arzt, der erkennt und erkennen muß, daß seine Behandlungsweise nicht ausreicht, muß namentlich bei gefährlichen Krankheiten das zu ihrer Bekämpfung übliche und erprobte Verfahren anwenden oder die Behandlung aufgeben und sein möglichstes tun, daß der Kranke diesem Verfahren zugeführt wird. Mit diesen Maßstäben hat der BGH verschiedene Außenseitermethoden gemessen, aber auch die weniger grundsätzliche Meinungsverschiedenheit über die operative oder konservative Behandlung von Knochenbrüchen beurteilt. — III. Injektionsfehler: Die Frage der Berechtigung von Hilfspersonen, Injektionen vorzunehmen, ist vom BGH nicht entschieden. Eine gewisse Arbeitsteilung ist durchaus zulässig. Der Arzt wird sich in gewissem Umfang auch darauf verlassen dürfen, daß geprüfte Hilfspersonen diejenigen Kenntnisse haben, die sie in der Prüfung nachzuweisen hatten. Deswegen braucht der anordnende Arzt keine besondere Überwachung auszuüben, sofern er sich davon überzeugt hat, daß die Hilfsperson ihrem Aufgabenbereich gewachsen ist; das gilt auch für den Assistenzarzt. Zu den häufigen Fehlern bei der Injektion gehören Nervenschädigungen, die nicht dadurch entstanden sind, daß der betreffende Nerv direkt getroffen wurde, sondern das injizierte Medikament dem Nerven nur zu nahe kam. Diese Erkenntnis bedeutet, daß der Arzt sich vergewissern muß, ob die Hilfsperson nicht nur mit der Injektionstechnik, sondern auch mit der Wirkungsweise des Medikaments vertraut ist. — IV. Röntgenfehler: Der Arzt muß die physikalischen Gesetze beherrschen, nach denen die von ihm verwendeten Geräte arbeiten; sind sie ihm nicht geläufig, muß er um so sorgfältiger die Bedienungsanweisung der Hersteller beachten. Gleichwohl beruht nicht jede Strahlenverbrennung auf einem Kunstfehler. Gewisse Gefahren dieser Behandlungsart müssen in Kauf genommen werden. Ansatzpunkt für den Juristen ist die Frage, ob der Arzt den Patienten in einem solchen Falle ausreichend über die Gefahren der Behandlung aufgeklärt hat. Neuerdings hat der BGH für die sachliche Beurteilung zu berücksichtigen verlangt, „wie schwer das Risiko der Röntgenbestrahlung im Verhältnis zu den Folgen wog, die für den Patienten zu erwarten waren, wenn diese Behandlung unterblieb“. Ferner führte der BGH aus, daß vernünftige Patienten in die Behandlung einwilligten, wenn die Röntgenbestrahlung die einzige praktisch in Betracht kommende Behandlungsmethode war, um eine drohende unheilvolle Entwicklung abzuwenden. Gerade in Grenzfällen dürfe dieser Gesichtspunkt nicht unberücksichtigt bleiben bei der Prüfung, ob eine Aufklärung erforderlich sei. — V. Impfschäden: Der normale Schadensersatz kommt zum Zuge, wenn bei einer staatlich angeordneten Schutzimpfung ein Fehler vom Arzt begangen worden ist. In Frage kommt die Wahl eines ungünstigen Impfzeitpunktes, das Übersehen einer Kontraindikation; einschlägige

Verurteilungen liegen nicht vor. Der Aufopferungsanspruch eines Geschädigten richtet sich nicht gegen den Impfarzt, sondern immer nur gegen den Staat. — VI. Beweislast: Der BGH hat für den Schadensersatzprozeß gegen den Arzt Beweisregeln entwickelt, die die besonderen Bedingungen des Ablaufes biologischer und physiologischer Vorgänge im lebendigen Organismus berücksichtigen. Der Arzt kann nicht lediglich deshalb für aufklärungspflichtig erachtet werden, weil es im Anschluß an seine Behandlung zu einem schädigenden Erfolg gekommen ist. Er hat häufig keine bessere Aufklärungsmöglichkeit als der verletzte Patient. Grundsätzlich muß deshalb der Patient beweisen, daß der Arzt die Ursache für den Schaden gesetzt hat, ferner daß der Arzt schuldhaft gehandelt hat. Stellt sich indessen heraus, daß der Arzt fehlerhaft einen typischen Behandlungsschaden verschuldet hat, so muß er die Tatsachen beweisen, die die Möglichkeit eines anderen Zusammenhanges in ernste Betrachtung rücken. Er muß gegebenenfalls auch beweisen, daß der schädigende Erfolg nicht auf ein etwaiges grob leichtfertiges Verhalten zurückzuführen ist. Schließlich kann sich die Beweislast gegen den Arzt umkehren, wenn er die Beweismittel nicht zur Verfügung hält, so etwa eine bakteriologische Untersuchung unterlassen, ein entnommenes Gewebstück vernichtet, das Krankenblatt nachlässig geführt oder gar verändert hat. Im Prozeß unterliegt derjenige, der die Beweislast für die nicht zu klärenden Umstände hat!

J. PROBST (Murnau)<sup>oo</sup>

**Wilhelm Uhlenbruck: Typische Formen des Krankenhaus-Aufnahmevertrages.** Neue jur. Wschr. 17, 431—434 (1964).

Trotz zahlreicher Möglichkeiten haben sich in der Praxis für die Gestaltung von Krankenhausaufnahmeverträgen drei Grundtypen herausgebildet. Nach dem tatsächlichen Vorgang bei der Krankenhausaufnahme, den Erklärungen der Parteien und den Umständen ist ein Aufnahmevertrag als totaler, als aufgespaltener oder als totaler mit Arztszusatzvertrag anzusehen. Im wesentlichen gibt es drei Möglichkeiten für das Krankenhaus und die Krankenhausärzte eine Leistung zu erbringen: Einmal als alleinige Vertragspflicht des Krankenhausträgers oder als aufgeteilte Leistung jeweils von Krankenhausträger und Krankenhausarzt, sowie als Doppelschuld beider. Werden durch den Vertrag nur Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhausträger und Patient hergestellt, dann spricht man von einem totalen Krankenhausaufnahmevertrag, da sämtliche Leistungen allein vom Krankenhausträger geschuldet werden. Wird vom Krankenhausträger nur die Krankenhausversorgung geschuldet, während der Patient die ärztliche Behandlung unmittelbar vom Arzt fordert, dann liegt ein aufgespaltener Krankenhausaufnahmevertrag vor. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, daß das Krankenhaus vertraglich zwar die ganze Leistung schuldet, jedoch die ärztliche Behandlung gleichzeitig auch Vertragspflicht des Arztes ist.

SPANN (München)

**M. Kohlhaas: Nochmals: Nothilfs- und Bereitschaftspflicht der Krankenhausärzte.** Dtsch. med. Wschr. 89, 759—760 (1964).

Auch der Spezialarzt ist verpflichtet, in Notfällen Hilfe zu leisten; er wird zwar als Bereitschaftsarzt nicht bekannt gegeben werden, tritt aber in Sonderfällen dennoch die Anforderung an ihn heran einzugreifen, so darf er sich dieser Pflicht nicht entziehen.

B. MUELLER (Heidelberg)

**StGB § 174 Nr. 2 (Privates Kneippkurheim als Krankenanstalt; Stellung des Arztes in dieser Anstalt).** a) Ein privates Kneippkurheim kann eine Anstalt für Kranke jedenfalls dann sein, wenn nur Kranke aufgenommen werden und die Kurbehandlung auf ärztliche Verordnung von ausgebildetem Personal ausgeführt wird. — b) Der Arzt, der die von einem Versicherungsträger in einem solchen Heim untergebrachten Kranken außerhalb des Heimes auf Grund einer Vereinbarung mit dem Versicherungsträger ärztlich betreut und ihnen die Kuranwendungen verordnet, hat damit noch keine Stellung in der Anstalt. [BGH, Urt. v. 29. 10. 1963 — 1 StR 385/63 (LG Kempten).] Neue jur. Wschr. 17, 457—458 (1964).

Ein Landgericht hatte einen Arzt, der die Betreuung eines „Kneippkurheimes“ übernommen hatte, dessen Praxisräume aber außerhalb des Heimes lagen, wegen Unzucht mit Abhängigen nach § 174 Abs. 2 verurteilt. Der BGH hat den Angeklagten freigesprochen, da er zur Zeit der Tat keine „Stellung“ in der Anstalt hatte.

SPANN (München)

**ESTG 1960 § 18 Abs. 1 Nr. 1 (Grenzen freiberuflicher Tätigkeit eines Arztes bei Beschäftigung von Mitarbeitern).** a) Zu den Begriffen „leitend“ und „eigenverantwortlich“

im Sinn des § 18 Abs. 1 Nr. 1 Satz 3 EStG 1960. — b) Die freiberufliche Tätigkeit des Arztes setzt voraus, daß er, von einfachen Routinefällen abgesehen, grundsätzlich seine Patienten selbst zu einer Zeit untersucht, zu der diese Untersuchung noch maßgebend für die Behandlung sein kann. — c) Wird bei mehreren örtlich abgegrenzten Tätigkeitsbereichen sachlich gleicher Art eine leitende und eigenverantwortliche Tätigkeit nur in einzelnen von ihnen entfaltet, so liegt insoweit eine freiberufliche, im übrigen eine gewerbliche Tätigkeit vor. [BFH, Urt. v. 25. X. 1963 — IV 373/60 U.] Neue jur. Wschr. 17, 1199—1200 (1964).

**Eberhard Bässler: Die Wahrheit über die Stellungnahme der katholischen Kirche zur Frage der „Castratio euphonica“.** Geburtsh. u. Frauenheilk. 23, 1124—1127 (1963).

Verf. wendet sich gegen die Auffassung, daß die katholische Kirche in früheren Jahrhunderten im Hinblick auf die Sterilisation eine Inkonsequenz und eine doppelte Moral eingenommen habe. Nach GÉSENTUS lehnte die katholische Kirche einerseits die soziale Indikation für eine Sterilisierung ab, andererseits habe sie die viel eingreifendere Castratio euphonica bei den Sängerknaben aus opportunistischen Gründen begünstigt, bis im Jahre 1902 Papst Leo XIII. auf Druck der öffentlichen Meinung die vorwiegend in Italien und Spanien geübte Castratio euphonica untersagte. Zahlreiche Belege aus der Kirchengeschichte beweisen hingegen eindeutig, daß mehrere Bullen der Päpste die Ausführung der Castratio mit dem Kirchenbanne belegten. Die Kastration war jedoch nicht ausrottbar, da die Existenz zahlreicher Familien von den Einnahmen der gut bezahlten Sängerknaben abhing und somit Habgier und Ehrgeiz und nicht der lobwürdige Vorsatz, der Kirche im Sängeramte zu dienen, die wirklichen Motive für die Entmannung darstellten.

DOEPFNER (Bonn)<sup>oo</sup>

**H. Grömig: Persönliche Anforderungen an Chefärzte im Rahmen der Begutachtung.** Münch. med. Wschr. 106, 906—907 (1964).

Wenn ein Sozialgericht einen Chefarzt mit einer Begutachtung beauftragt, so hat der zu Begutachtende ein Recht darauf, daß ihn der Chefarzt auch tatsächlich untersucht und sich auf Grund seiner Untersuchung ein Urteil bildet. Eine Gegenzeichnung des Gutachtens eines Assistenzarztes durch den Chefarzt ohne eigene Untersuchung genügt nicht. B. MUELLER

**F. Rath: Zum Rechtsproblem der persönlichen Gutachterpflicht, insbesondere in Kliniken.** Berl. Med. 15, 326—329 (1964).

Wenn als Gutachter die Klinik oder die Krankenhausabteilung benannt ist, genügt es, wenn der Direktor der Klinik oder der Chefarzt gegenzeichnet. Sind Klinikdirektor oder Chefarzt persönlich benannt, so ist es nach Auffassung von Verf. erforderlich, daß in der Art der Gegenzeichnung zum Ausdruck kommt, daß der Gutachter sich seine Auffassung auf Grund eigener Untersuchung gebildet hat.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Hans-Joachim von Schumann: Probleme des Sittenstrafrechts. Ein Beitrag zur Strafrechtsreform vom Standpunkt des Arztes.** Neue jur. Wschr. 17, 1158—1162 (1964).

Verf., der neben dem medizinischen auch den philosophischen Dokortitel besitzt, setzt sich für eine Liberalisierung ein. Empfängnisverhütung verstößt nicht gegen die guten Sitten, Homosexualität unter Erwachsenen gleichfalls nicht. Verf. setzt sich auch für die Möglichkeit einer freiwilligen Kastration und einer freiwilligen Sterilisation ein, er verlangt allerdings, daß der behandelnde Arzt sorgfältig die Indikation dazu feststellt. (Ref. hat immer die Auffassung vertreten, daß die Erwägungen des behandelnden Arztes einer gewissen Kontrolle durch andere unbefangene Ärzte bedürfen, man sollte eine Begutachtung durch eine Kommission generell einführen).

B. MUELLER (Heidelberg)

**UWG § 1; BGB § 252 (Haftung für unrichtige wettbewerbliche Presseinformationen über sog. Aufbau- und Kräftigungsmittel).** a) Zur Haftung des Presseinformanten, der in Wettbewerbsabsicht handelt und dabei die Fassung des Presseberichts dem Redakteur überläßt. — b) Als entgangenen Gewinn kann der Verletzte nicht fordern, was er nur mit rechtswidrigen Mitteln (hier: unrichtige Angaben über die Heilwirkung eines Aufbau- und Kräftigungsmittels) erzielt hätte. [BGB, Urt. v. 21. II. 1964 — I b ZR 108/62, Karlsruhe.] Neue jur. Wschr. 17, 1181—1184 (1964).

**BGB § 611 (Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage des Patienten bei Gebührenberechnung des Arztes).** Erweckt der Patient entgegen seiner wirklichen Lage den Anschein, als befände er sich in guten wirtschaftlichen Verhältnissen, so kann der Arzt bei der Berechnung seiner Vergütung von dieser angeblich guten wirtschaftlichen Lage des Patienten ausgehen. [OLG Nürnberg, Urt. v. 19. XI. 1963 — 3 U 229/62.] Neue jur. Wschr. 17, 1184—1185 (1964).

### Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

**B. J. Culliford and L. C. Nickolls: The benzidine test. A critical review.** (Der Benzidin-Test; eine kritische Übersicht.) [Metropolitan Police Labor., New Scotland Yard, London.] J. forens. Sci. 9, 175—191 (1964).

Der Benzidin-Test wurde gründlich überarbeitet. Dabei stellen Verf. folgende Gesichtspunkte heraus: Die Tatsache der Unspezifität des Testes wird oft überbetont. In der Hand des erfahrenen Untersuchers ist der Test doch für Blut spezifisch, wenn man die Fehlerquellen kennt und die Reaktion außerdem in Verbindung mit der Elektrophorese angestellt wird. Fehlerquellen können in der unrichtigen Zusammensetzung der Chemikalien liegen. Sie können auch durch pflanzliche Peroxydasen entstehen. Letztere kann man jedoch durch Erhitzen beseitigen.

KLOSE (Heidelberg)

**B. R. J. Morgan: The examination of an unusual blood stain.** (Die Untersuchung eines ungewöhnlichen Blutflecken.) [Home Office Forensic Sci. Labor., Cardiff.] Med. Sci. Law 4, 122 (1964).

Als die Blutkörperchen- und Serum-Eigenschaften eines einzelnen Blutflecken nach den herkömmlichen Methoden (Absorption und Methode nach LATTES) bestimmt wurden, fand man, daß die Erythrocyten andere Eigenschaften erkennen ließen als das Serum bezüglich der klassischen Blutgruppe. Worin der Unterschied bestand, wird vom Verf. nicht angegeben. Er betont jedoch die Notwendigkeit, auch bei Blutflecken sowohl die Serum- als auch die Erythrocyten-Eigenschaften zu bestimmen.

KLOSE (Heidelberg)

**A. De Bernardi: Diagnosi morfologica di sangue in macchie su stoffa di colore oscuro.** (Morphologischer Blutnachweis auf Stoffen von dunkler Farbe.) [Ist. di Med. Leg., Univ., Torino.] G. Med. leg. 9, 264—268 (1963).

Es wird eine fluoreszenzmikroskopische Untersuchungstechnik beschrieben, mit deren Hilfe es möglich ist, die Leukocyten in Blutflecken nachzuweisen. Zu diesem Zweck wird ein Stück des verdächtigen Stoffes für 5 min in eine 1/100ige Lösung von Thioflavin verbracht und anschließend 1 min lang unter laufendem Wasser abgewaschen. Weitere Einzelheiten und Abwandlungen dieser Untersuchungstechnik können dem Original entnommen werden.

HANS-JOACHIM WAGNER (Mainz)

**Jaromir Tesař, Jiři Erben und Hana Bednářová: Untersuchung von Blutflecken an mit Saponat-Waschmitteln gewaschenen Stoffen.** [Lehrstuhl f. gerichtl. Med., Karls- Univ., Prag.] Soud. Lék. 8, 17—20 mit dtsh., franz. u. engl. Zus.fass. (1963) [Tschechisch].

Die Verf. empfehlen auf Grund der Tatsache, daß die klassische Uhlenhuthsche Reaktion an Stoffen, die mit modernen Waschmitteln gewaschen wurden, unrichtige Ergebnisse lieferten, den Nachweis des Blutes mittels der Immunophorese durchzuführen. Bei verschiedenartigen Waschmitteln waren die Ergebnisse immer einwandfrei abzulesen.

VÁMOŠI (Halle)

**Albert F. Laudel, Benjamin W. Grunbaum and Paul L. Kirk: Individuality of human whole dry blood by immunoelectrophoresis on cellulose acetate.** (Individualitäts-