

## Kunstfehler, Ärztereht. medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

- **Die Kontrastmittelanwendung in forensischer Sicht.** Ein Beitrag zur Aufklärungspflicht des Arztes. Symposium, Heidelberg, am 14. XI. 1964. Konstanz: Byk-Gulden-Lomborg 1964. 120 S.

Ausgangspunkt des Symposiums war die einen immer breiteren Raum einnehmende Anwendung von Röntgenkontrastmitteln und die damit veränderte Situation hinsichtlich der Aufklärung der Patienten. Nach der Statistik kommt ein Todesfall auf etwa 66000 Urographien, und die Letalitätquote beträgt bei anderen diagnostischen Methoden sogar 1:1000 bis 2:100. Besonders umstritten ist die Durchführung einer Testinjektion. — Das Büchlein enthält die Beiträge von 30 Sprechern. Eingeleitet wurde das Symposium durch einen Vortrag über die rechtlichen Grundlagen von KLEINWEEFFERS. Nach den bekannten Grundsätzen über das Wesen der ärztlichen Aufklärungspflicht wird noch einmal festgestellt, daß nach der herrschenden Rechtsprechung in Zivil- und Strafsachen eine Einwilligung des Patienten einen ärztlichen Eingriff nur zu rechtfertigen vermag, wenn der in die Behandlung einwilligende Patient weiß, welcher Behandlung er zustimmt. „Weiß der Patient, etwa mangels Unterrichtung nicht worin er einwilligt, so kommt seiner Erklärung keine die ärztliche Behandlung rechtfertigende Bedeutung zu.“ Der Patient müßte gegebenenfalls auch über die nur möglichen, aber unerwünschten Folgen einer Behandlung unterrichtet sein. Nach der Entwicklung der letzten Jahre könne man gewissermaßen zwischen „alten“ und „neuen“ Entscheidungen des BGH unterscheiden. Danach richtet sich die Aufklärungspflicht nicht mehr ausschließlich nach der Komplikationsdichte einer typischen Gefahr. Maßgebend ist vielmehr das Verhältnis in dem die Gefahren der ärztlichen Behandlung zu den Gefahren einer unterlassenen Behandlung stehen. Ist dieses Verhältnis derart, daß es einen verständigen Patienten in dieser Lage nicht vor der Übernahme dieses Behandlungsrisikos abhalten würde, so ist eine Aufklärung über die möglichen Gefahren nicht erforderlich. Wichtig ist also, daß eine Relation zwischen den möglichen Folgen der Therapie und der mit maßlichen Entwicklung der Krankheit ohne Behandlung herzustellen ist. Es genüge dabei, daß die Aufklärung nur „in großen Zügen“ erfolge; es genüge eine dem Bildungsniveau des Patienten angepaßte Unterrichtung. Dabei sei es gleichgültig, ob diese durch den Arzt, eine Krankenschwester, den Geistlichen oder eine sonstige Person erfolgt. Diese von KLEINWEEFFERS vertretene Ansicht ergab sich aus einer Entscheidung des VI. Zivilsenats vom 26. 9. 61, wonach ein bereits unterrichteter Patient nicht aufgeklärt werden muß. — Von SPANN wird darauf hingewiesen, daß die Notwendigkeit der Aufklärung von ärztlicher Seite häufig weit stärker in Frage gestellt wird als die tatsächlichen Verhältnisse dies gestatten. Die heute noch von zahlreichen Ärzten geforderte Einschränkung der Aufklärungspflicht würde bei jedem Arzt ein „nahezu unfehlbares Standesethos“ voraussetzen, das nun im praktischen Leben einfach nicht gegeben ist. „Es ist sicher kein Zufall, daß dieses Problem zu einer Zeit an Bedeutung gewonnen hat, in der ärztliche Entscheidungen nicht ausschließlich auf Grund objektiver Befunde, sondern auch nach merkantilen Überlegungen getroffen werden können“. Zur Frage der Durchführung einer Vor- testung wird die Lage mit der Tetanus-Antitoxin-Injektion verglichen; die Unterlassung könne dem Arzt für den tödlichen Ausgang nur dann angelastet werden, wenn der Nachweis erbracht worden ist, daß der Tod nicht eingetreten wäre, wenn die Maßnahme nicht unterlassen worden wäre. — Die weiteren Beiträge der Fachvertreter geben einen ausgezeichneten Überblick über die derzeitige Lage in der Verwendung von Röntgenkontrastmitteln; die Vor- und Nachteile der einzelnen Verfahren werden statistisch belegt und eingehend erörtert. In der Diskussion war man darüber einig, daß vor jeder Röntgenkontrastmitteluntersuchung grundsätzlich alle zur Bekämpfung eines Zwischenfalles notwendigen Maßnahmen bis zur Intubation vorbereitet sein müßten; damit dürfe auf Grund dieser Auffassung ein in freien Praxis tätiger Röntgenologe keine Untersuchungen dieser Art durchführen, weil ihm in der Regel die Mittel für die geeigneten Maßnahmen zur Behebung eines Zwischenfalles nicht zur Verfügung stehen. W. JANSSEN

- **Infusionsprobleme in der Chirurgie.** Kolloquium vom 11. VI. 1964 im Kongreßhaus Zürich. Unter dem Vorsitz von M. Allgöwer. Leiter u. Hrsg.: U. F. Gruber. (Anaesthesiologie u. Wiederbelebung. Edit.: R. Frey, F. Kern, O. Mayrhofer. Bd. 5.) Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1965. 108 S. u. 14 Abb. DM 7.20.

A. Grieco, C. Sbortoli, E. Sartorelli e F. Rilke: **Sindrome della retrazione vescicale in due casi di carcinoma vescicale da benzidina trattati con telecobaltoterapie.** [Ctr. Studi

e Ric. sulle Malatt. Profess, sotto il Patron. dell'INAIL, Clin. del Lavoro „Luigi Devoto“, Univ., Milano.] *Med. Lav.* 55, 775—786 (1964).

**H. van Ackeren: Iatrogene perforierende Oesophagusverletzungen.** [Chir. Univ.-Klin., Bonn-Venusberg.] *Chirurg* 35, 531—533 (1964).

Bericht über 23 Fälle von iatrogenen Oesophagusperforationen. 12 männliche und 11 weibliche Patienten; davon 2 Säuglinge und die ältesten im Greisenalter über 70 Jahre. Die Perforationen verteilen sich auf folgende Eingriffe: 12 Perforationen gingen zu Lasten der Oesophagoskopie, was einer Komplikationsquote des eigenen Krankengutes von 0,74% entspricht. — In 5 Fällen erfolgte endoskopischer Eingriff zur Entfernung eines verschluckten Fremdkörpers. Alle übrigen Zwischenfälle ereigneten sich bei diagnostischen Untersuchungen, wie Unterscheidung eines Kardiospasmus vom Kardiocarcinom und der Bestimmung der oralen Entfernung vom Magen-Kardiabereich; Divertikel waren in 2 Fällen die Ursache. 5mal kam es bei Oesophagusboungierungen zur Perforation (4mal Strikturen nach Säuren-Laugenverätzungen und 1mal eine narbige Anastomosenverengung). 5 Perforationen erfolgten durch Magensonde. In 3 Fällen hierbei wurde nach Magenoperation versucht, eine neue Sonde einzuführen. Die Verletzung geschah nicht im Bereich der Anastomose, sondern oberhalb im Oesophagus. Je 1 Perforation ereignete sich bei einer Kardiasprengung mit dem Starkschen Dilatator und bei einer Kontaktbestrahlung eines Oesophaguscarcinoms durch einen radiumhaltigen Schlauch. Bei einer Analyse der 3 Oesophagusabschnitte zeigt sich eindeutig, daß das obere und untere Drittel am häufigsten betroffen ist. Nach 6 Verletzungen am oberen Drittel trat 5mal eine Mediastinitis oder eine Mediastinalphlegmone auf und nur in 1 Fall ein Pleuraempyem, während es im unteren Abschnitt der Speiseröhre bei 9 Perforationen zu Subpleura oder Lungenbeteiligung und nur einmal zu einer eitrigen Mediastinitis kam. Es wird betont, daß 14 Patienten bei genauer Kontrolle der Anamnese schon kurz nach dem Zwischenfall über Beschwerden klagten, daß aber nur in 4 Fällen die Perforation innerhalb der ersten 12 Std erkannt und operativ behoben werden konnte. Bei allen übrigen Patienten vergingen 1—5 Tage, 1mal sogar 12 Tage, bis zur Diagnose. Von den 23 Fällen sind 13 verstorben. VOGT-MOYKOFF (Heidelberg)<sup>o</sup>

**O. Pribilla: Narkosezwischenfälle.** *Dtsch. med. Wschr.* 89, 2203—2204 (1964).

Vom 1. 1. 47 bis 1. 8. 63 wurden am Gerichtsmed. Inst. der Univ. Kiel unter 6083 Sektionen 32 Todesfälle im Zusammenhang mit der Anaesthetie untersucht; das sind rund 0,5% des gesamten Sektionsgutes. 18mal hatten meist jüngere Ärzte die Narkose durchgeführt, 10mal Schwestern und Sprechstundenhilfen, während bei 4 Fällen Fachanaesthetisten beteiligt waren. Verwendet wurden Lokalanästhetie (6mal). Inactin-Basis (9). Hexobarbital (6), Stockoxydul-Halothan (5), Chloräthyl-Isopropylchlorid (4) und Äther (8). In der Gruppe „Tod durch die Narkose“ ergab sich, daß offenbar der Magenanamnese wie überhaupt der Voruntersuchung des Pat. zu wenig Beachtung geschenkt wurde. Der Autor vertritt die Auffassung, daß die Nichtbeachtung einer bekannten Magenfüllung vor Narkosebeginn als Kunstfehler anzusehen ist. In fast jedem der vorliegenden Fälle mußte die Kausalität zwischen der Narkose oder dem Eingriff und dem Tod bejaht werden. Die wertvolle Übersicht schließt mit der Forderung, daß jede Mors in tabula, vor allem aber jeder Tod in der Narkose, offiziell untersucht wird, wie dies in Österreich seit 1896 gesetzlich vorgeschrieben ist. Der Weg hierzu könnte darin bestehen, daß die Ärzteschaft selbst entsprechende Kommissionen oder eine Zentralstelle schafft. Von dort aus sollte auch die Veröffentlichung derartiger Fälle mit allen Einzelheiten erfolgen. Hierbei sollte Wert darauf gelegt werden, daß auch Übersichten über die Gesamtzahl der mit einem bestimmten Mittel durchgeführten Narkosen mitgeteilt werden, damit letztlich die Belastungsquote für jedes einzelne Verfahren oder Mittel bekannt wird. R. FREY (Mainz)<sup>o</sup>

**H. Thaler: Über Vorteil und Risiko der Leberbiopsiemethode nach Menghini.** [I. Med. Univ.-Klin., Wien.] *Wien. klin. Wschr.* 76, 533—538 u. B. 530 (1964).

Verf. stellt eine Letalität von 32 Todesfällen = 0,19% bei 19 916 Biopsien mit diversen Leberpunktionsmethoden 4 Todesfälle = 0,017% bei 23382 Menghini-Punktionspunktionen gegenüber. Die Todesfälle und 23 nicht tödliche Komplikationen durch Blutung, Peritonitis und Pneumothorax bei der Menghini-Methode werden diskutiert, auf die Vermeidbarkeit von Komplikationen durch die richtige Wahl der Punktionsstelle (6. Intercostrauraum in der vorderen Axillarlinie) wird eingegangen. Die kurze Dauer der Menghini-Biopsie, der einfache Aufbau der Punktionsnadel, der geringe Aufwand und die Schmerzlosigkeit der Methode, die auch bei Kleinkindern während des Schreiens und bei Bewußtlosen angewandt werden kann, wird betont. Unter die

absoluten Kontraindikationen der Menghini-Methode zählen Blutgerinnungsstörungen, Pleuraempyem und subphrenischer Absceß rechts sowie Cysten- und Hämangiomeleber. Relative Kontraindikationen sind fehlende Leberdämpfung bei Chilaiiditi-Syndrom, Kantenstellung der Leber, Situs inversus und Zwerchfellhernie, agitierte oder überängstliche Patienten, kompletter Verschlufßikterus nach der 1. Gelbsuchtwoche, Caput Medusae, Ascites und Echinococcus. Die Indikationen zur Punktion sieht der Verf. schließlich bei folgenden Fragestellungen gegeben: Unklare Gelbsucht, Leber- und Milzvergrößerung sowie pathologische Eiweißlabilitäts- und Leberfunktionsproben, Festlegung des Schweregrades einer Hepatitis. Klärung von posthepatischen Zuständen, fragliche Lebercirrhose, ungeklärte Stoffwechselkrankheiten, Verdacht auf Vorliegen granulomatöser Erkrankungen, ungeklärte Krankheiten des blutbildenden Systems, Klärung tastbarer knotiger Leberveränderungen. Verdacht auf Metastasenleber, Verlaufskontrolle akuter und chronischer Leberkrankheiten, Kontrolle des Therapieerfolges und Entscheidungen in Gutachtenfragen. Der Autor vertritt die Auffassung, daß sich die Zwischenfallsrate bei Ausführung der Biopsie durch einen geübten Operateur und technisch einwandfreie Handhabung noch weiter senken läßt.

PETER KREBS (Dürwiß)<sup>oo</sup>

**Elisabeth Trube-Becker: Stellatum-Punktion und ärztlicher Kunstfehler.** [5. Kongr., Internat. Akad. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Wien, 22.—27. V. 1961.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 17, Nr. 4, 87—96 (1964).

Die 1925 von LERICHE und FONTAINE inaugurierte Stellatumblockade intendiert eine temporäre Unterbrechung der vasoconstrictorischen Sympathicuswirkung durch Procainapplikation, also eine Unterbrechung der tonischen Aktivität des Sympathicus auf der Höhe des Übergangs von der prä- in die postganglionäre Phase. Aus der Topographie, der Lage der Ganglions vor dem Köpfchen der ersten Rippe, lassen sich die möglichen Komplikationen unschwer ableiten. Verletzungen der Pleura eventuell mit nachfolgendem Ventilpneumothorax, Eindringen von Procain in den Liquor mit hieraus resultierender hoher Lumbalanaesthesia (Durchstechen der Dura an einem Foramen intervertebrale) Verletzungen oder intravasale Injektionen in die Aa. subclavia, vertebralis, carotis oder die Venen. Als Indikationen der Methode gelten vasculäre und neurogene Störungen an den oberen Extremitäten, pectanginöse Beschwerden, Herzrhythmusstörungen und das Asthma bronchiale. — Es werden 3 Todesfälle in zeitlichem Zusammenhang mit der Vornahme einer Stellatumblockade beschrieben, an Hand derer das straf- und zivilrechtliche Risiko des Arztes exemplifiziert wird. Zivilrechtlich war Fahrlässigkeit als erwiesen anzusehen; Haftung ist indessen nur dann zu begründen, wenn rechtswidriges Handeln oder Unterlassen mit dem Tode des Patienten in einem adäquaten Zusammenhang stand. Der Gutachter kann sich in solchen Fällen zwar zumeist verbindlich zur Frage der Beachtung oder Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht äußern, die Lokalisation in eine Kausalreihe ist aber oft infolge der zu beachtenden rechtlichen Kausalitätstheorien schwieriger, als es für den Laien den Anschein hat.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

**I. Gy. Fazekas: Tödliche Blutung infolge multipler Spontanruptur der Magenschleimhaut.** [Gerichtl.-Med. Inst., Univ., Szeged.] Zbl. allg. Path. path. Anat. 105, 397—400 (1964).

Bei einem 76jährigen Mann traten nach der Exaktion von 3 Zähnen erhebliche Nachblutungen auf, die jedoch durch Nähte und Hämostyptica beherrscht wurden. Anschließend stellte sich ein starker Brechreiz mit Bluterbrechen ein. Der Tod folgte bald. Die Obduktion deckte einen Blutverlust von etwa 3 Liter in den Magen-Darmkanal und 2,5 cm unterhalb der Kardie in der kleinen Kurvatur des Magens fünf 7—20 mm lange Rupturen der atrophischen Mucosa und die Stümpfe zerrissener sklerotischer Arterien der Submucosa auf. HEIFER (Bonn)

**Schwerhörigkeit durch Behandlung mit Neomycin-Präparaten (Myacyne).** Schadensersatzpflicht von Arzt und Krankenhaus. Dtsch. med. Wschr. 90, 404—407 (1965).

Ein Chirurg hatte eine infektiöse Eiteransammlung mit Myacyne bekämpft. Der Kranke wurde schwerhörig, trotzdem wurde die Behandlung zunächst fortgesetzt. Der angestrengte Haftpflichtprozeß ging zu Gunsten des Arztes aus, weil er nach dem vorliegenden Gutachten die Gefährlichkeit des Präparates nicht voraussehen konnte. Der BGH hat das Urteil aufgehoben; der Senat verlangt eine Überprüfung nach der Richtung hin, inwiefern zu damaliger Zeit im Schrifttum auf diese Folgen hingewiesen worden war und ob der Chirurg diese Schrifttumsstellen kennen mußte.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Max Kohlhaas: Lebenserhaltungspflicht des Arztes im Konflikt mit den Wünschen des Patienten.** Dtsch. med. Wschr. 90, 318—320 (1965).

Verf. hat schon öfter gewisse Bedenken gegen die Einführung einer Strafbestimmung über eigenmächtige Heilbehandlung geltend gemacht. Es kommt gelegentlich vor, daß ein Patient dem Arzt vor einem Eingriff ausdrücklich erklärt, daß er mit einer Bluttransfusion aus Glaubensgründen nicht einverstanden sein. Wird sie dennoch notwendig, so kann der Arzt sie nach den bestehenden rechtlichen Bestimmungen strafflos durchführen, denn er kann nicht wissen, ob der Patient nach erneuter Aufklärung und Belehrung die Transfusion nicht doch geduldet hätte. Auch wenn unbelehrbare Angehörige, die zur Verweigerung eines Eingriffes berechtigt sind, den Eingriff verbieten und wenn der Kranke nicht selbst gefragt werden kann, so darf der Arzt eingreifen, weil er annehmen kann, daß der Kranke selbst angesichts der bedrohlichen Lage zugestimmt hätte. Wenn es sich um einen Selbstmordversuch gehandelt hat, so ist der Arzt auch gegen den erklärten Willen des Verletzten berechtigt einzugreifen; hier ist nicht der Wille des Kranken das oberste Gesetz, wie der BGH eindeutig festgestellt hat. Alle diese Konstruktionen zu Gunsten des Arztes wären nicht möglich, wenn eine Bestrafung wegen eigenmächtiger Heilbehandlung eingeführt wird.

B. MUELLER (Heidelberg)

**M. Küper: Einwilligung in kosmetische Operationen.** Z. Haut- u. Geschl.-Kr. 37, 320—321 (1964).

Nach einleitenden Ausführungen zu den bekannten Grundsätzen über die Aufklärungspflicht des Arztes als Erfordernis für die Rechtsgültigkeit der Einwilligung eines Patienten, wird ein Urteil des OLG Düsseldorf vom 20. 12. 62 erörtert. — Es handelte sich um eine kosmetische Brustoperation (Vergrößerungsplastik). Während der mehrstündigen Operation hatte der später beklagte Arzt am Gesäß zwei etwa 20 cm lange und 10 cm breite Hautfettlappen in V-Form herausgeschnitten und diese an die Brust verpflanzt. Danach entstand an der Brust eine Eiterung. Am Gesäß bildeten sich entstellende Narben und Wucherungen. Die Klägerin hat vom Beklagten Ersatz von Aufwendungen verlangt, die ihr infolge der Operation entstanden seien; ferner hat sie die Zahlung eines Schmerzensgeldes beansprucht. Vor der Operation hatte der Beklagte zwei Möglichkeiten erwogen: den horizontalen Schnitt in der Glutealfalte des Gesäßes und den V-förmigen Schnitt an der Oberfläche des Gesäßes. In Anbetracht des Operationszweckes konnte ein horizontaler Schnitt am Gesäß nicht durchgeführt werden. Trotzdem hatte der Beklagte der späteren Klägerin gegenüber diese Operationsart als möglich hingestellt. Die Klägerin hatte sich dafür entschieden, um ein V-förmiges Narbenfeld auf der Oberfläche des Gesäßes zu vermeiden. Erst unmittelbar vor der Operation hatte der Arzt erklärt, daß er den V-Schnitt machen müsse und die Patientin um ihre Einwilligung gebeten. Eine rechtlich gültige (beachtliche) Einwilligung konnte die bereits unter der Einwirkung von Spritzen stehende Patientin nicht mehr erteilen. — In der Urteilsbegründung wird unter anderem ausgeführt: „Unter solchen Umständen ist die Einwilligung in einen erheblichen körperlichen Eingriff nur wirksam, wenn der Einwilligende in der Lage gewesen ist, das Für und Wider genau zu beurteilen und gegeneinander abzuwägen. Das setzt voraus, daß der Arzt dem Behandelten die Gründe und Gegengründe eingehend auseinandersetzt, sowie ihm Gelegenheit und Zeit zu ruhiger Überlegung gibt. Es kommt dabei darauf an, ob die Überlegungsfähigkeit und Urteilskraft des Behandelten unbeeinträchtigt ist.“ Im vorliegenden Fall konnte die Patientin, als sie schon auf dem Operationstisch lag und unter der Einwirkung von Spritzen stand, in diesem Zustand dem Willen des später Beklagten, dem sie sich zur Operation anvertraut hatte, nicht mehr die früheren Hemmungen entgegensetzen. Gelegenheit und Zeit zur ruhigen Abwägung der Gründe und Gegengründe waren nicht mehr gegeben. Der Klägerin war es zudem nicht möglich, sich mit ihrem Ehemann zu besprechen und seine ihr wesentliche Meinung zu erfahren. — Aus diesen Gründen wurde der Arzt wegen seines Verhaltens verurteilt, der Klägerin den aus der Operation entstandenen geldlichen Schaden zu ersetzen und ihr ein Schmerzensgeld zu gewähren.

W. JANSSEN (Heidelberg)

**E. Liebhardt und W. Spann: Ärztliches Berufsgeheimnis und akademischer Unterricht.** [Inst. f. Gerichtl. Med. u. Versich.-Med., Univ., München.] Münch. med. Wschr. 107, 130—132 (1965).

Im engeren Sinne handelt es sich um die Frage der Schweigepflicht des Hochschullehrers im Rahmen des medizinischen Unterrichts. Grundsätzlich hat jeder akademische Lehrer bei der Vorweisung von klinischen Fällen die allgemeinen Persönlichkeitsrechte gem. Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes zu beachten. Darin sei schließlich auch der tiefere Inhalt des § 300 StGB zu sehen, der die Geheimsphäre des einzelnen vor „unbefugter Profanierung“ schützt. Dem steht auch der

Artikel 5, Abs. 3 des Grundgesetzes, wonach Kunst und Wissenschaft, Forschung und Lehre frei sind, keinesfalls entgegen. Nach MAUNZ ist auch die Lehre an die allgemeinen Gesetze, insbesondere auch an die Strafgesetze gebunden. — Voraussetzung für eine strafrechtlich bedeutsame Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht ist, daß die Offenbarung unbefugt erfolgte. Hier wird von den Verff. ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die Offenbarung nicht so ohne weiteres an jeden anderen Arzt oder seinerseits Schweigepflichtigen allgemein erlaubt ist; „nicht der Ärztestand, sondern der persönlich in Anspruch genommene Arzt ist Geheimnisträger“. Demnach ist auch die Offenbarung von Berufsgeheimnissen durch akademische Lehrer oder klinisch Vortragende auch dann nicht zulässig, wenn der Hörerkreis sich ausschließlich aus selbst Schweigepflichtigen zusammensetzt. — Zur befugten Offenbarung benötigt jeder akademische Lehrer und jeder Vortragende einen Rechtfertigungsgrund; entscheidend ist hier die Einwilligung des Patienten. Daran sind wieder die bekannten Voraussetzungen zur Rechtsgültigkeit der Einwilligung gebunden wie die Freiwilligkeit, die volle Einsicht in die Tragweite usw. „Einen Patienten ohne rechtswirksame Einwilligung vorzustellen, erscheint auf jeden Fall gefährlich!“ Jugendliche können sehr wohl darin einwilligen, in der Vorlesung vorgestellt zu werden, aber auch ebenso wirksam diese Einwilligung verweigern. Eine Vorstellung gegen den Willen des jugendlichen Patienten . z. B. in der Narkose, könnte trotz Einwilligung beider Eltern nach neuerer Auffassung eine strafbare Verletzung des ärztlichen Berufsgeheimnisses sein. Besondere Sorgfalt ist bei Geheimnissen geboten, die den Patienten nicht allein, sondern auch die Angehörigen, so z. B. bei Erbkrankheiten, betreffen. Hier ist die Einwilligung aller von dem Geheimnis betroffenen erforderlich. Es ist demnach daran festzuhalten, daß gegen den Willen der durch die Schweigepflicht geschützten auf keinen Fall, auch im Rahmen von Lehre und Forschung, eine Offenbarung erfolgen darf. Bei ausreichender Tarnung des Patienten kann kein Verstoß gegen § 300 StGB gegeben sein, weil dann kein Geheimnis offenbar wird. Eine fahrlässige Verletzung der Schweigepflicht, wenn z. B. alle Möglichkeiten der Tarnung ausgeschöpft wurden und der Patient dennoch erkannt wurde, ist nicht strafbar.

W. JANSEN (Heidelberg)

**Heinz Franke: Die ärztliche Schweigepflicht nach dem Tode des Patienten.** Dtsch. med. Wschr. 89, 2476—2480 (1964).

Das LG Augsburg hat in einer Entscheidung vom 21. 11. 63 (5 T 109/63) zwar grundsätzlich den Fortbestand der ärztlichen Schweigepflicht und demgemäß den des ärztlichen Zeugnisverweigerungsrechts nach dem Tode des Patienten bejaht, für den Fall der Feststellung der Testierfähigkeit eines Verstorbenen jedoch verneint. Das LG Augsburg ist überzeugt, daß eine Entbindung von der Schweigepflicht nur durch den Geheimnisinhaber selbst, nicht durch Angehörige, Erben usw. erfolgen kann. Es beruft sich auch auf frühere Entscheidungen des Kammergerichts und des OLG Düsseldorf, die mit viel kritisiertem, weil nicht überzeugender Begründung die Auffassung vertreten hatten, nach dem Tode des Patienten bestehe die Schweigepflicht nicht mehr im selben Umfange fort wie vorher (!). Das Bayerische LSG und Eb. SCHMIDT haben dem KG und dem OLG Düsseldorf widersprochen! Trotzdem geht das LG Augsburg davon aus, die persönlichen Eigenschaften des Verstorbenen verlor mit dem Tode des Patienten an Bedeutung, soweit sie nicht seine Ehre und sein Andenken beeinträchtigen könnten. Im Falle der Feststellung der Testierfähigkeit müsse davon ausgegangen werden, daß der Verstorbene selbst ein Interesse an dieser Feststellung hätte, von der die Gültigkeit seiner letztwilligen Verfügung abhängt, damit auch Erbfolge und Frieden unter den Hinterbliebenen. Da zum Willen des Geheimnisträgers noch eine objektiv gerechtfertigte Geheimhaltungswürdigkeit der Tatsache hinzukommen müsse, eine Willensäußerung eines Geisteskranken indessen von der Rechtsordnung nicht anerkannt werde, mangle es an den vernünftigen Interesse des Patienten an der Geheimhaltung und somit entfalle die Schweigepflicht, damit aber auch das Schweigerecht. Wenn es heißt, nach heutiger Verkehrsanschauung sei die Feststellung einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit nicht geeignet, den sittlichen Wert und das Andenken des Verstorbenen zu beeinträchtigen, so beweist die Hereinnahme so subjektiv gefärbter, vom wandelbaren Zeitgeist bestimmter Scheinbegründungen, wie wenig überzeugend die Schlußfolgerungen sind, die ein Arzt, der sich zuerst seinem Patienten verpflichtet fühlt, nur mit Befremden zur Kenntnis nehmen kann, um so mehr, als auf diesem Gebiet zunehmend eine Unsicherheit sich ausbreitet. J. PROBST (Murnau)<sup>oo</sup>

**G. Hertel: Schweigerecht und Schweigepflicht im gerichtlichen Verfahren.** Med. Welt 1965, 371.

Nach den Feststellungen des Verf. wurde bisher in der juristischen Literatur die Ansicht vertreten, daß für den Arzt vor Gericht nur ein Schweigerecht, aber keine Schweigepflicht

bestehe. Gemeint sind Fälle, in denen der Arzt zur Auskunft vor Gericht aufgefordert ist. — In einer Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom 14. 11. 63 wurde nun festgestellt, daß im gerichtlichen Verfahren die ärztliche Schweigepflicht im Grundsatz fortbesteht. „Sinn des ärztlichen Schweigens ist es, den Patienten vor Ermittlungen privater und behördlicher Art jeglichen Ursprungs zu schützen.“ — In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, daß der Arzt sich in der Praxis ausreichend schützt, wenn er eine gerichtliche Belehrung erbittet und ihr folgt; er ist selbst dann geschützt, wenn die Belehrung unrichtig erteilt wurde. Eine Ausnahme davon käme nur in Betracht, wenn die Fehlerhaftigkeit der Belehrung auch für den Arzt als juristischen Laien klar erkennbar war.

W. JANSSEN (Heidelberg)

**Max Kohlhaas: Beantwortung einer Fragestellung aus dem „Fragekasten“.** Münch. med. Wschr. 107, 647—648 (1965).

Wenn ein Universitäts-Institut für Genetik erbbiologische Untersuchungen in Hinsicht auf den Strahlenschutz durchführt und die Gesundheitsämter um Überlassung der dort befindlichen Unterlagen bittet und Hebammen nach dem Geburtsverlauf und nach den Befunden der Geburt anfragt, so sind die angefragten Personen selbstverständlich nicht verpflichtet, das Material herauszugeben. Das Berufsgeheimnis gilt auch von Arzt zu Arzt und von Medizinalperson zu Medizinalperson, sogar — wie Verf. meint — innerhalb der Abteilungen der Gesundheitsämter. Wenn aber die Untersuchung als so wichtig angesehen wird, daß man die Offenbarung der Befunde aus „höherwertigen Interessen“ verantworten kann, so würden die Mitteilungen statthaft sein. allerdings sollten sie möglichst so erfolgen, daß man Namen tarnt.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Max Kohlhaas: Ärztliche Leichenschau und Meldepflicht gewaltsamer Todesfälle?** Dtsch. med. Wschr. 90, 407—408 (1965).

Bei Durchführung einer gesetzlich vorgeschriebenen Leichenschau muß der Leichenschauer, auch wenn er Arzt ist, seine Befunde melden und auch einen etwaigen Verdacht auf eine vorangegangene strafbare Handlung. Im übrigen ist ein Arzt zu derartigen Meldungen, wie bekannt, nicht verpflichtet.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Robert Schmelcher: Ärztliche Schweigepflicht und Privatversicherungen.** Dtsch. med. Wschr. 90, 450—451 (1965).

Trotz gegenteiliger Äußerungen von Vertretern privater Versicherungsunternehmen darf nach Meinung von Verf. der Arzt der Privatversicherung nur dann Auskunft geben, wenn der Patient ihn in *diesem* Falle dazu ermächtigt hat. Im voraus abgegebene Kollektivermächtigungen genügen nach Meinung von Verf. nicht; er stützt sich dabei auf die Entscheidung des OLG Köln vom 19. 10. 61, referiert Dtsch. med. Wschr. 1963, 592.

B. MUELLER (Heidelberg)

**BGB §§ 611,633 (Gewährleistungsansprüche bei der Herstellung von Zahnprothesen).** Der Vertrag zwischen Zahnarzt und Patient bei zahnprothetischer Behandlung ist ein Dienstvertrag. Hinsichtlich der Gewährleistungsansprüche finden aber die Bestimmungen über den Werkvertrag entsprechende Anwendung. [LG Wuppertal, Urt. v. 29. 10. 1964—7 S 185/64.] Neue jur. Wschr. 18, 349—350 (1965).

**Edward Neymark: Verantwortlichkeit des Arztes bei der Ausübung seines Berufes.** [Inst. f. Gerichtl. Med., Humboldt-Univ., Berlin.] [5. Kongr., Internat. Akad. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Wien, 22.—27. V. 1961.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 17, Nr. 4, 111—125 (1964).

Verf. berührt in seiner Arbeit in aller Kürze eine Fülle arztrechtlicher Fragen. Berufspflicht, Aufklärungspflicht, Einwilligung des Patienten, erweiterter operativer Eingriff, Kunstfehler, zivilrechtliche Verantwortlichkeit, medizinisches Experiment u. a. werden vom polnischen Rechtszustand aus kurz betrachtet. Leider sind die betr. Gesetzesvorschriften nicht zitiert. Verf. stellt viele arztrechtliche und arztethische Fragen als problematisch und ungelöst hin, die sowohl in der BRD als auch in der DDR einer klaren rechtlichen Regelung unterliegen.

VETTERLEIN (Jena)

**Berthold Mueller: Gerichtsärztliche Beurteilung der Folgen einer Unterlassung der Injektion von Tetanusantitoxin nach Verletzungen.** [Inst. f. Gerichtl. Med., Univ.,

Heidelberg.] [5. Kongr., Internat. Akad. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Wien, 22.—27. V. 1961.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 17, Nr. 4, 83—86 (1964).

Wenn ein Arzt mit einleuchtender Begründung eine Injektion von Tetanusantitoxin unterläßt, so wird man dieses Verhalten nach allgemeiner Auffassung nicht als fahrlässig ansehen können. Wird jedoch eine in Aussicht genommene Injektion vergessen, so wird man die Fahrlässigkeit nicht verneinen können. Kausalität zwischen dieser Unterlassung und den Folgen wird sich allerdings kaum beweisen lassen. Nach dem Schrifttum schwankt die Zahl der Versager bei den verschiedenen Untersuchern zwischen 0,1 und 11%. Diese Unterlagen reichen zu der Feststellung der im Strafrecht notwendigen an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit nicht aus.

Autoreferat<sup>oo</sup>

**GG Art. 20 Abs. 2, 92, 101 Abs. 2; Rheinl.-Pfälz. Ärztekammer v. 1. 4. 1953 (GVBl. S. 33) §§ 8 Abs. 1, 9 Abs. 3, 14. Abs. 2 (Zulässigkeitsvoraussetzungen für ein ärztliches Berufsgericht).** Neue jur. Wschr. 18, 343—345 (1965).

**Arthur Kaufmann: Die arztrechtlichen Bestimmungen im Strafgesetz-Entwurf 1962. I.** Med. Klin. 60, 431—434 (1965).

**Arthur Kaufmann: Die arztrechtlichen Bestimmungen im Strafgesetzentwurf 1962. II.** Med. Klin. 60, 475—478 (1965).

**StGB §§ 224, 225, 226 a (Straflosigkeit von freiwilligen Sterilisierungen).** Es gibt keine deutsche Strafvorschrift mehr, die freiwillige Sterilisierungen mit Strafe bedroht. Diese Gesetzeslücke kann nur durch den Gesetzgeber geschlossen werden. [BGH, Urt. v. 27. 10. 1964—5 StR 78/64 (LG Hannover).] Neue jur. Wschr. 18, 355—357 (1965).

Der BGH hat das gegen einen Krankenhausarzt in Niedersachsen ergangene Urteil wegen Sterilisierung von Patientinnen und auch einiger männlicher Patienten aufgehoben. Ein derartiges Vorgehen ist nach Meinung des BGH zur Zeit nicht strafbar. Der Gesetzgeber muß die bestehende Lücke ausfüllen. — Der Senat überprüfte kritisch die Frage der Einwilligung, sie lag nach seiner Meinung vor. Es handelte sich um reife Frauen und Männer, denen nach ihrer Lebenserfahrung die Bedeutung des Eingriffes bewußt sein mußte. Ein Verstoß gegen die guten Sitten konnte der BGH in dem Verhalten des seiner Zeit angeklagten Arztes nicht sehen. Hierfür gibt es keine allgemein anerkannten Richtlinien; früher erlassene hängen so eng mit der nationalsozialistischen Gesetzgebung zusammen, daß man sie nicht mehr anerkennen kann.

B. MÜLLER (Heidelberg)

**John J. Harris and Don Harper Mills: Medical records and the questioned document examiner.** (Medizinische Urkunden und die gerichtliche Dokumentenprüfung.) [15. Ann. Meet., Amer. Acad. of Forensic Sci., Chicago, Ill, 14. II., 1963.] J. forensic Sci. 8, 453—461 (1963).

Bei Gerichtsverhandlungen wegen Regreßansprüchen (in USA bedeutend häufiger als in Deutschland) sind neben den mündlichen Aussagen von Arzt und Patient die medizinischen Urkunden (Krankenblätter, Karteikarten etc.) von größter Wichtigkeit. In USA gibt es spezielle „Buchprüfer“ für medizinische Belange, die die ärztlichen Unterlagen auf falsche Eintragungen, nachträgliche Verbesserungen oder Fahrlässigkeiten überprüfen. Die Qualität und Zuverlässigkeit der medizinischen Behandlung hängt für das Gericht zum Teil auch bei der Beurteilung von diesen Dokumenten ab. An 7 Beispielen wird die Arbeitsweise näher erläutert.

K. BOSCH (Heidelberg)

**Helmut Friederichs: Wiederkehrende Mißverständnisse über das Entschädigungsrecht des Arztes als Zeuge, sachverständiger Zeuge und Sachverständiger.** Med. Sachverständige 61, 78—80 (1965).

**ZuSEG § 3 Abs. 2 u. 3 c (Entschädigung von Sachverständigen).** a) Für die Zubilligung der erhöhten Entschädigung gemäß § 3 Abs. 3 c ZuSEG genügt es nicht, daß die Gutachtertätigkeit im wesentlichen die Berufstätigkeit des Sachverständigen ausmacht; dessen Inanspruchnahme durch das Gericht oder die Staatsanwaltschaft

muß sich vielmehr auch als „Erwerbsversäumnis“ ausgewirkt haben. Davon kann nur dann gesprochen werden, wenn ihm infolge seiner Gutachtertätigkeit allgemein ein Verdienst im freien Wirtschaftsleben entgeht, der über der nach § 3 Abs. 2 ZuSEG zu gewährenden Vergütung liegt. b) Daß der Sachverständige in der Zeit, in der er das Gutachten erstattet hat, für andere Gerichte oder Staatsanwaltschaften hätte tätig werden können, rechtfertigt allein noch nicht die Zubilligung einer über die Höchstsätze des § 3 Abs. 2 ZuSEG hinausgehenden Entschädigung. [OLG Bamberg, Beschl. v. 20. 11. 1964 — Ws 129/64.] Neue jur. Wschr. 18, 365—366 (1965).

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

**Janusz Skladziński: Einfluß der Temperatur von 100—200° C auf das Kristallisationsvermögen von Hämin und Hämochromogen.** (Institut für gerichtliche Medizin, Warschau]. Arch. med. sadowej 16, 13—18 mit deutsch. Zus.fass. (1964) [Polnisch].

Manche Eiweißverbindungen koagulieren bereits bei Temperaturen unterhalb von 100° C, verlieren damit ihre Löslichkeit und die Fähigkeit zur Kristallisation, andere, darunter auch das Hämoglobin sind resistenter. Die Mehrzahl der Autoren, die sich mit dem Einfluß höherer Temperaturen auf den Blutfarbstoff befaßten, vertrat die Ansicht, daß Erwärmungen über 140° mikrokristallographische Untersuchungen des Hämoglobins unmöglich machen. Das Problem wurde aufgegriffen und der Einfluß von Temperaturen zwischen 100 und 200° C auf den Ausfall der Kristallisationsproben nach TEICHMANN und TAKAYAMA untersucht. Teichmannsche Kristalle konnten noch nach zweistündigem Erwärmen von Blutspuren bis 160° auf einzelnen Unterlagen (Leinwand, Papier) erhalten werden. Mit dem Verfahren nach TAKAYAMA waren Hämochromogenkristalle sogar noch nach Erwärmung auf 170° C nachweisbar. Bei Einfluß noch höherer Temperaturen versagten die kristallographischen Methoden zum Nachweis des Blutfarbstoffes.  
BOLTZ (Wien)

**M. Mosinger, M. Ranque, S. Lissitzky, R. Depieds, G. Cartouzou, H. Fiorentini, G. Laurent, D. Gignoux et Bataglini: Sur l'étude des taches de sang. (Über die Untersuchung von Blutspuren.)** [Serv. de Méd. Lég., Univ., Marseille.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 17, 51—52 (1964).

Verff. betonen die Notwendigkeit, zur Identifizierung eines Blutes sich sowohl cytologischer, als auch serologischer, physikalischer und chemischer Methoden gleichzeitig zu bedienen. Die Abgrenzung gegenüber Tierblut gelinge am sichersten mit der Papierelektrophorese der Thyroxinbindungsproteine. Bei Verwendung radioaktiven L-Thyroxins sei Blut von Mensch, Hund, Kaninchen, Hammel, Huhn, Pferd, Schwein und Rind durch die verschiedene Migration auch nach einem Jahr noch klar zu unterscheiden. Immunelektrophorese und Elektrochromatographie des Hämoglobins lieferten gleichgute Resultate. Die cytologische Diagnose sei nur bei bis zu 3 Monaten alten Bluten möglich. Die Differenzierung von Feten- und Neugeborenenblut oder Blut auch älterer Kinder und Heranwachsender sei durch die Elektrophorese des Hämoglobins in Gel möglich.  
WOLFGANG BACKE (Frankfurt a. M.)

**Pasquale Murino, Pietro Atella, Giorgio Gualdi und Angelo Massarelli: Über die Möglichkeit der Erkennung von Zellelementen in Blutflecken nicht frischen Datums.** [Inst. f. Gerichtl. u. Versicherungsmed., Univ., Rom.] [5. Kongr., Internat. Akad. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Wien, 22.—27. V. 1961.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 17, Nr. 4, 29—36 (1964).

Verff. beleuchten kritisch das von UNDRITZ und HEGG [Schweiz. med. Wschr. 41, 1088 (1959)] angegebene Verfahren, wonach es möglich sein soll, die in eingetrockneten Blutflecken verschiedener Tierarten enthaltenen Formelemente mittels Reaktion mit menschlichen Serum zu rehydrieren und mit verschiedenen Färbemethoden sichtbar zu machen. Auf Grund eigener Nachprüfungen wird die Auffassung vertreten, daß es wohl möglich ist, bei frischen Blutausstrichen die einzelnen Tierarten mittels der morphologisch-färberischen Kennzeichen der Form-