

Rolle des älteren Bruders, mit welcher sich der Untersuchte identifizierte. Im Zuge einer in Italien in Vorbereitung befindlichen Reform des Strafvollzuges werden mit diesen Untersuchungen Internisten, Psychiater, Psychologen, Erzieher und Sozialhelfer mit dem Ziel betraut, in Teamarbeit festzustellen, warum es bei dem einzelnen Täter zu kriminellem Verhalten gekommen ist und durch welche Maßnahmen die Rückfallgefahr gemindert werden kann. Die diesen Bestrebungen entgegenstehenden Hemmnisse, z. B. bei dem Versuch, einen wirksamen Übertragungsmechanismus in der Umgebung eines Gefängnisses zu erreichen, werden vom Autor nicht verkannt. Eine praktische Schwierigkeit dürfte u. E. außer in der oft problematischen Einstellung der Täter zur Behandlung zur Zeit auch darin bestehen, daß es in allen europäischen Ländern an Therapeuten fehlt, die geeignet und gewillt sind, in einer Strafanstalt tätig zu sein. Die größte Bedeutung systematischer Persönlichkeitsuntersuchungen liegt heute noch auf dem Gebiet der kriminalbiologischen Grundlagenforschung.
CABANIS (Berlin)

Krystyna Krause, Henryk Szydlik und August Wasik: Aberglaube als Verbrechensthemat. [Psychiatrische Klinik, Med. Akad., Breslau.] Arch. med. sadowej 16, 125—132 mit dtsh. Zus.fass. (1964) [Polnisch].

Verff. befassen sich mit Problemen des Aberglaubens in seinem religiösen, sozial-geschichtlichen sowie psychopathologischen Aspekt und weisen daraufhin, daß manche Erscheinungen von ähnlichem Typus noch heute in der Mentalität des modernen Menschen überdauern und durch spezielle Lebens- oder Krankheitsverhältnisse aktiviert noch jetzt zum Vorschein kommen können. So z. B. berichten die Autoren über einen ungewöhnlichen zivilen Gerichtsprozeß in Niederschlesien, der stark in seiner Atmosphäre an mittelalterlichen Hexenjagd erinnerte. Eine Frau erhob nämlich als Zivilklägerin die Klage vor Gericht gegen ihre zwei Nachbarinnen, die sie wegen angeblicher Hexerei mehrmals verleumdete und sogar gegen sie handgreiflich auftraten. Die beiden 29- und 38jährigen Angeklagten sind psychiatrisch untersucht und in der Klinik länger beobachtet worden, bei keiner von ihnen jedoch weder jegliche Geisteskrankheit noch ungenügende geistige Entwicklung festgestellt wurde. Nichtdestoweniger wurde bei ihnen unvolle Zurechnungsfähigkeit angenommen und sog. „andere Störungen des psychischen Zustandes“ erklärt. Diesem Begriff wurde die Veränderung des primitiven Bewußtseins der beiden Untersuchten in schweren Lebensbedingungen unter dem Einfluß des Aberglaubens zugrunde gelegt.

WALCZYŃSKI (Szczecin)

BGB § 833 (Ursächlicher Zusammenhang zwischen Verletzung eines Menschen und Tun eines Tieres). Die Feststellung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der Verletzung eines Menschen und dem auf der natürlichen Gefahr beruhenden Tun eines Tieres hat nach den Grundsätzen der Adäquanz zu erfolgen, ohne daß der Ursachenzusammenhang ein unmittelbarer zu sein braucht. Ursächlicher Zusammenhang ist in einem derartigen Fall deshalb auch dann gegeben, wenn ein Mensch durch das Tun eines Tieres in Angst oder Schrecken versetzt wird und infolgedessen stürzt oder verletzt wird. [OLG Nürnberg, Urt. v. 15. X. 1964—3 U 76/64.] Neue jur. Wschr. 18, 694—696 (1965).

Das betr. OLG ist der Meinung, daß im Gegensatz zu einer Entscheidung des RG in JW 08,41 und der darauf gegründeten Abweisung der Klägerin durch das LG ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Verletzung eines Menschen und dem auf natürlicher Gefahr beruhenden Tun eines Tieres auch dann gegeben ist, wenn eine objektive ernste Gefahrensituation überhaupt nicht besteht und der Mensch durch die Art und Weise, wie er der vermeintlichen Gefahr zu begegnen suche zu Schaden kommt. Die Feststellung des Kausalzusammenhangs habe also lediglich nach dem Grundsatz der Adäquanz zu erfolgen, ein unmittelbarer Kausalzusammenhang sei also ausreichend. Der Schutz des § 833 BGB müsse besonders alten Menschen, Kranken, insbesondere schreckhaften und nervösen Menschen zugutekommen die besonders schutzbedürftig sind und keineswegs eine verschwindende Minderheit bilden. E. BÖHM (Heidelberg)

Kunstfehler, Ärztrecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

● **Manfred Hagedorn: Die Entbehrlichkeit der Einwilligung und Aufklärung bei Heilbehandlungen nach dem Strafgesetzbuch-Entwurf 1962. Mit einem Geleitwort**

von H. ELBEL. (Theoret. u. klin. Medizin in Einzeldarst. Hrsg. von HANS SCHAEFFER. Bd. 20.) Heidelberg: Dr. Alfred Hühlig 1965. 149 S. DM 26.—

Wie ELBEL in seinem Vorwort treffend hervorhebt, hat Verf., der Jurist ist und in einer mehrjährigen Tätigkeit als Arzt sich mit den einschlägigen Fragen befaßt, das Buch grundsätzlich aus ärztlicher Sicht geschrieben. — Auszugehen ist von der Tatsache, daß im bisher geltenden Strafrecht keine besonderen Vorschriften über Heileingriffe und Heilbehandlungen enthalten sind, und daß die strafrechtliche Würdigung solcher Maßnahmen noch immer unter dem Gesichtspunkt der Körperverletzung erfolgt. Der tiefere Grund der Problematik liegt im Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Die Rechtsprechung will mit dem Festhalten am Tatbestand der Körperverletzung auch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten über seinen eigenen Körper schützen. — Unterschiedliche Auffassungen zwischen Ärzten und Juristen ergeben sich vor allem bei der Abgrenzung des Selbstbestimmungsrechtes gegenüber dem Heilzweck. — Nach einer eingehenden Würdigung der geschichtlichen Entwicklung wird im ersten Abschnitt des Buches die Heilbehandlung und eigenmächtige Heilbehandlung auf dem Hintergrund zahlreicher Entscheidungen und Beispiele besprochen. Die Heilbehandlung nach § 161 des Strafgesetzbuchentwurfes 1962 wird dabei kritisch analysiert und mit Abänderungsvorschlägen versehen. — Das Kernstück des Büchleins ist zweifellos eine vortreffliche und erschöpfende Darstellung des Problems der ärztlichen Aufklärungspflicht; im Rahmen der eigenmächtigen Behandlung zu Heilzwecken nach § 162, 1 des neuen Entwurfes gewinnt diese eine zentrale Bedeutung. Interessant ist hier der Wandel in der Rechtsprechung über Umfang und Inhalt der Aufklärung. Die neueste Rechtsauffassung geht dahin, daß z. B. nicht mehr allein die Komplikationsdichte entscheidend ist, sondern das Verhältnis zwischen Behandlungs- und Krankheitsrisiko. — Der zweite Abschnitt bespricht die mannigfaltigen Möglichkeiten und Erfordernisse, die sich aus den Absätzen 2 und 3 des § 162 ergeben. Es handelt sich um die Voraussetzungen, die eine Einwilligung und Aufklärung entbehrlich machen. Grundsätzlich neue Momente gegenüber der ständigen Rechtsprechung ergeben sich daraus nicht. Wie aber ELBEL in seinem Vorwort feststellt, bietet die Vorschrift für den Arzt den Vorteil, daß er sich hinsichtlich Eihwilligung und Aufklärung wieder unmittelbar am Gesetz orientieren kann. — Über den Rahmen der vorgeschlagenen gesetzlichen Regelung hinaus, ergibt sich eine Entbehrlichkeit der Aufklärung aus dem Verzicht, aus allgemeinen Rechtfertigungsgründen und aus Sondergesetzen (z. B. Zwangsbehandlung). Das 3. und 5. Kapitel befaßt sich mit der Irrtumsregelung in § 162 Abs. 4, mit dem Strafrahmen und dem Strafantrag. Die Schlußbetrachtungen enthalten für den juristisch nicht geschulten Arzt wertvolle Anhaltspunkte für ein richtiges Verhalten in der Praxis. — Verf. ist es gelungen, die schwierige Materie umfassend darzustellen, sinnvoll zu gliedern und verständlich mit überzeugenden Kommentaren wiederzugeben. Für den an rechtlichen Fragen interessierten Arzt bedeutet das Buch eine wertvolle Bereicherung.

W. JANSSEN (Heidelberg)

N. Schümmelfeder, H. J. Klein und G. Stüttgen: Lues II und tödliche Penicillin-Anaphylaxie. [Path. Inst. u. Hautklin., Univ., Köln.] Med. Welt 1965, 693—695.

Verff. berichten über einen 28jährigen Mann, bei dem im Alter von 18 Jahren eine Gonorrhoe mit Penicillin behandelt wurde. Genaue Angaben über Dauer und Art der Vormedikation fehlen. Ohne einen auffälligen Primäraffekt traten im Mai 1964 zunächst Lymphknotenschwellungen und 8 Tage später multiple maculo-papulöse, knotige, nässende und krustöse Exantheme sowie eine Angina syphilitica als Zeichen einer Lues II auf. — Wegen positiven Spirochätennachweises wurden 200000 E Neopenyl (Penicillin-G-Na + Antihistamin-Penicillin, procainfrei) intramuskulär injiziert. 6½ Std nach einmaliger Injektion typische Zeichen eines anaphylaktischen Schocks: Dyspnoe, Cyanose, Pulslosigkeit und Exitus. Genaue Angaben über Zeitabstand zwischen Schockbeginn und Tod sowie über therapeutische Maßnahmen fehlen. Neben den typischen histologischen Hautbefunden wird eine folliculäre Hyperplasie, Reticulocytose, Vermehrung von Plasmazellen und eosinophilen Leukocyten in der Milz beschrieben, an den übrigen Organen nur Zeichen eines akuten Herz-Kreislaufversagens. — Das ungewöhnlich spät nach der Injektion auftretende Schocksyndrom — meistens sieht man eine solche Reaktion innerhalb der ersten 20 min nach Injektion — wird so erklärt, daß nach der Entwicklung von Antikörpern noch Penicillin im Organismus in ausreichender Menge vorhanden ist und allergische Reaktionen auslösen kann. — Mit der Möglichkeit dieser Komplikation werden kurz prophylaktische und therapeutische Maßnahmen angesprochen. Eine routinemäßige Intracutanantestung wird ohne Begründung abgelehnt. 4 Abbildungen.

ALTHOFF (Köln)

P. L'épée, H. J. Lazarini, P. L. Martin et S. Bireau: Accident mortel lors d'une urographie par voie intra-veineuse. (Todesfall bei intravenöser Pyelographie mit jodhaltigem Kontrastmittel.) [Soc. Méd. Lég., 9. III. 1964.] Ann. Méd. lég. 44, 351—352 (1964).

Nach i.v. Injektion eines jodhaltigen Kontrastmittels zur Darstellung der Harnwege kam es schlagartig zu einem allergischen Geschehen mit flammender Hautrötung, Krämpfen, Bewußtseinsstörungen. Der Tod trat nach 4 min ein. Bei der Obduktion fand sich schwerste Lungenstauung mit Blutungen unter das Lungenfell. — Es wird sorgfältige Anamnese in Richtung auf Überempfindlichkeitsreaktionen und eventuell Vorprobe empfohlen. SCHROEDER (Hamburg)

A. v. Winterfeld: Körperverletzung und Heilbehandlung. Analyse eines Schwerpunktanliegens der deutschen Ärzteschaft. Med. Klin. 60, 75—77 u. 113—115 (1965).

Verf. diskutiert im 1. Teil ausführlich die Gründe, die es nicht nur im Interesse der Ärzteschaft angezeigt erscheinen lassen, den ärztlichen Eingriff vom Begriff der Körperverletzung zu lösen. Im 2. Teil werden Probleme der Aufklärungspflicht besprochen. SPANN (München)

Max Kohlhaas: Vornahme einer Lumbalpunktion gegen den elterlichen Willen? Dtsch. med. Wschr. 90, 1148—1150 (1965).

Verf. wird folgende Frage gestellt: Ein 5 Jahre altes Kind kommt mit allen Zeichen einer Meningitis in eine Kinderklinik. Der Arzt hält für die Differentialdiagnose und Einleitung einer gezielten Therapie eine Lumbalpunktion für erforderlich. Die Eltern verweigern dies. Verf. nimmt unter längeren Erwägungen im Grunde dahin Stellung, daß der Arzt in dringlichen Fällen die Lumbalpunktion auch gegen den Willen der Eltern riskieren könne, allerdings nur unter der Voraussetzung, daß ein Aufschub nicht zu verantworten ist. Es ist möglich, daß der Arzt Unannehmlichkeiten hat; es kommt im wesentlichen auch auf den medizinischen Sachverständigen an. Verf. läßt durchblicken, daß die Rechtslage noch nicht eindeutig geklärt ist. B. MUELLER

Gisela Mähler: Heilauftrag und ärztliche Aufklärungspflicht. Münch. med. Wschr. 107, 680—683 (1965).

Im Arzt-Patientenverhältnis ist im wesentlichen der Wille des Pat. maßgebend. Der Arzt muß dem Pat. durch Aufklärung die Willensbildung ermöglichen. Verlangt der Pat. ernsthaft eine umfassende Unterrichtung, so muß der Arzt den Kranken auch unter Gefahr der Heilungsbeeinträchtigung aufklären. Verlangt der Kranke Heilung und besteht er nicht deutlich auf umfassende Aufklärung, so kann der Arzt die Unterrichtung, über Tatsachen deren Mitteilung für den Heilungsprozeß ernsthaft Beeinträchtigung erwarten lassen, unterlassen. SPANN

G. de Vincentiis: Delle antinomie nell'ambito del segreto professionale medico. [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Sassari.] G. Med. leg. Infortun. Tossicol. 10, 1—15 (1964).

Theodor Lenekner: Aussagepflicht, Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungsrecht. Neue jur. Wschr. 18, 321—327 (1965).

Prozessuale Aussagepflicht, materiell-rechtliche Geheimhaltungspflicht und prozessuales Aussageverweigerungsrecht sind Gegensätze, die in der Rechtsordnung nur auf dem Wege des Kompromisses zum Zuge kommen können. Der Prozeß soll die Wahrheit zutage fördern, aber er soll es nicht um jeden Preis. — Die Prozeßordnungen sehen Ausnahmen von der Aussagepflicht in Gestalt besonderer Zeugnisverweigerungsrechte vor. Vor allem sind es die Angehörigen freier Berufe, denen in der Rechtsordnung eine besondere Bedeutung zukommt. Dabei spielt weniger das Individualinteresse des einzelnen Patienten eine Rolle als vielmehr die übergeordnete soziale Bedeutung des Arztes, dessen Tätigkeit überhaupt erst dadurch ermöglicht wird, daß der Patient bereit ist, sich ihm mit allen seinen Sorgen und Nöten zu offenbaren und ihm unter Umständen auch die persönlichsten und intimsten Dinge anzuvertrauen. Das aber kann nur erwartet werden, wenn der Kranke mit der Verschwiegenheit des Arztes rechnen und darüber hinaus die Gewißheit haben darf, daß der Arzt nicht gegen seinen, des Patienten, Willen zur Preisgabe der ihm anvertrauten Geheimnisse gezwungen werden kann. — Die materiell-rechtliche Schweigepflicht kommt nur bei anvertrauten fremden Geheimnisse in Frage. Der Kreis der Zeugnisverweigerungsberechtigten ist nicht mit dem der Schweigepflichteten identisch. Dabei ist zu berücksichtigen, daß mit dem Zeugnisverweigerungsrecht

nicht unbedingt zugleich Schweigepflicht bestehen muß und umgekehrt. Der Kreis der Schweigepflichtigen ist allgemein weiter gezogen als der der Zeugnisverweigerungsberechtigten. — Überall dort, wo die Prozeßordnung dem Schweigepflichtigen nicht ausdrücklich ein Zeugnisverweigerungsrecht einräumt, geht die prozessuale Aussagepflicht der materiell-rechtlichen Schweigepflicht vor. Dies ist bedeutsam im Strafprozeß. Es müssen also die Personen im Strafprozeß aussagen, die nicht neben der auferlegten Schweigepflicht das Zeugnisverweigerungsrecht besitzen, wenn die Schweigepflicht aufgehoben ist. Eine Abwägung in dem Sinne, daß etwa das Geheimhaltungsinteresse im einzelnen Fall höher gestellt werden dürfte als das Interesse an der Erforschung der Wahrheit, kommt nicht in Frage, weil diese der Gesetzgeber schon selbst vorgenommen hat, indem er das Wahrheitserforschungsprinzip an die erste Stelle gesetzt hat. — Der Fall der Entbindung von der Schweigepflicht führt dazu, daß materiell-rechtlich damit eine Einwilligung gegeben wird, so daß die Offenbarung des Geheimnisses gar nicht mehr rechtswidrig ist. Prozesstual folgt daraus, daß der Schweigepflichtige sein Zeugnisverweigerungsrecht verliert und nunmehr aussagen muß. Eingeschränkt wird diese Aussageverpflichtung aber dadurch, daß die gegebene Einwilligung möglicherweise nicht wirksam ist, wenn sich nämlich der Einwilligende infolge unzutreffender Vorstellungen von der an sich geheimhaltungswürdigen Tatsache der Tragweite seines Tuns nicht bewußt war. — In Fällen, in denen der Zeugnisverweigerungsberechtigte nicht von seiner Verschwiegenheitspflicht entbunden worden ist, sondern gegen den Willen des Geheimnisgeschützten über die ihm anvertrauten Tatsachen aussagt, ist zunächst zu berücksichtigen, daß eine rechtswidrige Offenbarung verfahrensrechtlich keine Bedeutung hat und daß das Ergebnis der Aussage durchaus zu verwerfen ist. Gerechtfertigt ist die Geheimnisoffenbarung jedoch dann, wenn sie auf Grund einer Güter- und Interessenabwägung schließlich vorgenommen worden ist. Dieses Rechtfertigungsprinzip spielt auch eine, vom Gesetzgeber durchaus berücksichtigende Rolle, wenn der Arzt entscheiden muß, ob er seine Angestellten aussagen lassen will oder nicht. Der Arzt ist in diesem Sinne Hauptvertrauensperson. Zwar kann er nicht über die ihm anvertrauten Geheimnisse verfügen und er kann deshalb auch nicht seine Angestellten aus der ihnen vom Gesetz auferlegten Schweigepflicht entlassen. Seine Anweisung an den Gehilfen, auszusagen, begründet auch keine Aussagepflicht. Die Entscheidung, die dem Arzt obliegt, ob er seine Angestellten aussagen lassen will, bzw. diese aussagen müssen, muß der Arzt dann aber treffen, wenn die Geheimnisoffenbarung rechtmäßig ist oder wäre, zugleich aber eine Aussagepflicht nicht besteht.

J. PROBST (Murnau)^{oo}

B. Karitzky: Schweigepflicht und Schweigerecht des Arztes und ihre Grenzen. [Rotes-Kreuz-Krankenl., Bremen.] Münch. med. Wschr. 107, 126—130 (1965).

Wiedergabe der gesetzlichen Grundlagen. Neben den Vorschriften des Gesetzes verpflichtet den Arzt sein Gewissen im Interesse seiner Pat. zum Schweigen. Die Problematik der Schweigepflicht (Spf.) gegenüber folgenden Personen und Institutionen wird besprochen. 1. Gegenüber anderen Ärzten: Grundsätzlich besteht die Spf. auch gegenüber anderen Ärzten. Die Spf. endet nicht mit dem Tode des Patienten und mit dem Ausscheiden aus dem Beruf. Es wird vorgeschlagen jeden Pat. im Krhs mit den Aufnahmebedingungen darüber zu unterrichten, daß der nachbehandelnde Arzt einen Bericht erhält. 2. Gegenüber dem Pat.: Hier gibt es keine Spf., kaum ein Schweigerecht. Kurze Diskussion der Problematik der Aufklärungspflicht. — 3. Gegenüber Angehörigen und Freunden: Das an sich gebotene absolute Schweigen gegenüber aller Angehörigen (mit Ausnahme von Minderjährigen) läßt sich in der Praxis nicht durchführen. Es wird geraten, dem bekannten zuverlässigen Angehörigen das mitzuteilen, was dem Pat. selbst eröffnet wurde. Gegenüber Freunden, Bekannten und auch Vorgesetzten des Pat. ist Schweigen geboten. 4. Gegenüber der Soz.-Vers.: Es wird die Auffassung vertreten, daß es gegenüber der Soz.-Vers. praktisch keine Spf. und auch kein Schweigerecht gebe (strittig, der Ref.). — 5. Gegenüber Privatversicherungen: Generelle Entbindung im Versicherungsvertrag reicht aus. Durch die Entbindung von der Spf. geht hier das Schweigerecht nicht verloren. Da es sich in der Regel um Auskünfte im Interesse des Pat. handelt, sollte das Schweigerecht nicht zu „hoch“ gespielt werden. — 6. Gegenüber der Haftpflichtversicherung: Nur nach Entbindung und nur soweit wie nötig, nicht mehr. — 7. Vor Gericht: Nach der Entbindung besteht Aussagepflicht. Nach dem Tode des Pat. ist die Entscheidung dem Arzt überlassen, da der Geheimnisherr nicht mehr entbinden kann.

SPANN (München)

H. J. von Brandis: Zur Schweigepflicht unter Ärzten. Med. Klin. 60, 353—356 (1965).

Es wird, durch Beispiele aus der Praxis erläutert, die Frage der Schweigepflicht zwischen Arzt und Arzt und zwischen Arzt und Krankenanstalt diskutiert. An dem heute vielfach üblichen Zustand von Anfragen und Antworten ohne Wissen des Patienten wird Kritik geübt. Einschlägige

Publikationen (KLEINWEFERS und WILTS „Chirurg“ April 1964 und SCHMELZER „Chirurg“ Mai 1964) werden diskutiert.

SPANN (München)

Hans-Jörg Koch: Pietät und Wahrheitsermittlung bei Obduktionen. Neue jur. Wschr. 18, 528—529 (1965).

Nach Ansicht des Verf. sei davon auszugehen, daß vor der Anordnung einer Obduktion grundsätzlich die Angehörigen des Verstorbenen zu hören sind (STRUCKMANN: Neue jur. Wschr. 64, 2244), außer wenn dadurch der Zweck der Maßnahme gefährdet werde. — Unabhängig von dieser Anhörung sollte jedoch die Frage nach der Notwendigkeit einer Leichenöffnung in jedem Falle besonders sorgfältig geprüft werden. Dazu sagt die StPO nicht, unter welchen Voraussetzungen eine Obduktion vorzunehmen sei, sie besagt nur, wann Anzeigepflicht für Polizei und Gemeindebehörden besteht. Zur Entscheidung über die Durchführung einer Obduktion habe der Amtsrichter die Notwendigkeit der Wahrheitsermittlung gegen die Interessen der Angehörigen abzuwägen: „Im Zweifel zuungunsten der Pietät und zugunsten der vollständigen Klärung des Sachverhaltes“. Nach Auffassung des Autors sei eine Leichenöffnung nur dann geboten (= zulässig), wenn 1. eine strafbare Handlung als Todesursache nicht ausgeschlossen werden kann, 2. Todesursache und „Schuldiger“ nicht einwandfrei feststehen (daher seien bei Kraftfahrzeug- und Eisenbahnunfällen bemerkenswerterweise die Obduktionen meistens entbehrlich! Ref.), 3. nach den Umständen des Falles eine Leichenschau zur Feststellung der Todesursache nicht genügt oder aus bestimmten Gründen die so getroffenen Feststellungen im weiteren Strafverfahren angezweifelt werden könnten, 4. zu erwarten ist, daß die Leichenöffnung solche Anhaltspunkte für die Todesursache ergibt, die strafrechtlich erheblich sind. — Für die Entscheidung einer Obduktion ist also wichtig, ob die zu erwartenden Feststellungen auch strafrechtlich relevant sind. Damit könne bei allem Interesse an der Aufklärung strafbarer Handlungen die Pietät jedoch nicht völlig hintenangestellt werden.

W. JANSSEN (Heidelberg)

Herbert Kleinewefers und Walter Wilts: Die vertragliche Haftung bei gespaltenem Arzt-Krankenhaus-Vertrag. Neue jur. Wschr. 18, 332—334 (1965).

Verpflichtet sich jemand zu einer Unterlassung unter Umständen, unter denen die persönliche Erfüllung durch den Schuldner nicht allein ausreicht, sondern ein näher zu bestimmender Kreis Dritter mit einbezogen werden muß, so wird der Vertrag normalerweise dahin auszulegen sein, daß der Schuldner auch die Haftung für diese Person übernimmt. Das wird in der Regel bedeuten, daß der Schuldner verspricht, für eine schuldhaftige Zuwiderhandlung der Dritten einzustehen. Was damit zuerst für den alleinbehandelnden Arzt entwickelt worden ist, gilt andererseits auch für den Krankenhausträger beim sog. totalen Krankenhausvertrag, aber auch in den Fällen der Vertragsspaltung. Stets haften der oder die Vertragsschuldner für alle Personen, denen sie die Möglichkeit einer Zuwiderhandlung gegen die Unterlassungspflicht willentlich eröffnet oder deren Kenntniserlangung sie im Rahmen des normalen geordneten Betriebes in Kauf genommen haben. — Wie soll festgestellt werden, aus wessen Verantwortungsbereich die Schädigung herrührt, wenn dies im Einzelfall nicht aufklärbar ist? Beim gespaltenen Arzt-Krankenhaus-Vertrag werden sämtliche Leistungen, die zur Heilbehandlung erforderlich sind, sowohl vom Arzt als auch vom Krankenhaus geschuldet. Bei Pflichtverletzungen haften beide dem Patienten in jedem Falle als Gesamtschuldner. Dem Risiko einer ungeklärten Pflichtverteilung, können Arzt und Krankenhaus durch generelle Regelungen begegnen. Unterlassen sie es, kann ihnen die Belastung mit dem darin liegenden Prozeßrisiko eher zugemutet werden als dem Patienten. Es ist daher empfehlenswert, den Abgrenzungsschwierigkeiten und auch einer nicht unbedenklichen Ausweitung der Beweislastumkehrung durch eine vorherige Klärung der Pflichtenverteilung auszuweichen.

J. PROBST (Murnau)^{oo}

Artur May: Hat das Gesundheitsamt einen Entschädigungsanspruch für Gutachten seiner Ärzte? Neue jur. Wschr. 18, 336—338 (1965).

Das Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen in der Fassung vom 21. 9. 63 sieht in § 1 Abs. 3 vor, Angehörige des öffentlichen Dienstes für die Erfüllung ihrer Dienstgeschäfte nicht doppelt zu honorieren, nämlich durch Gehalt und zugleich durch Sachverständigenentschädigung. Nach § 1 Abs. 2 soll der Entschädigungsanspruch dem Dienstherrn zustehen, wenn er das Gutachten durch seinen Bediensteten erstatten läßt. Das ist jedoch nicht der Fall, wenn der Angehörige des öffentlichen Dienstes das Gutachten nicht in Erfüllung seiner Dienstaufgaben erstattet, wenn er seinem Dienstherrn gegenüber also nicht zu Erstattung des Gutachtens verpflichtet ist. Die Auftragserteilung zum Gutachten an die Behörde ist dann unrichtig, wenn die Behördenangehörigen ihrem Dienstherrn gegenüber nicht zur Erstattung des

Gutachtens verpflichtet sind. Richtig ist in solchen Fällen vielmehr, einen bestimmten Arzt namentlich zum Sachverständigen zu bestellen. Erstattet der Arzt das Gutachten aber in Erfüllung seiner Dienstaufgaben, so steht dem Dienstherrn auch dann die Entschädigung zu, wenn der Arzt namentlich mit der Erstattung des Gutachtens beauftragt worden war. Ob die Erstattung von Gutachten in gerichtlichen Verfahren zu den Dienstgeschäften der bei den Gesundheitsämtern tätigen Ärzte gehört, ist eine andere Frage. Sie zählt, wie sich aus eingehenden Auseinandersetzungen mit dieser Frage ergibt, nicht zu den Dienstaufgaben der bei den Gesundheitsämtern tätigen Ärzte. Eine andere Regelung ergibt sich auch nicht aus der Verpflichtung des Gesundheitsamtes zur Gewährung von Amtshilfe gegenüber den Gerichten; denn die Erstattung von Gutachten ist keine Amtshandlung, was schon daraus hervorgeht, daß jeder Arzt mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt werden kann.

J. PROBST (Murnau)^{oo}

Max Kohlhaas: Ärztliche Pflichten bei Verabreichung neuer Arzneimittel. Versuchspräparate bzw. noch nicht registrierte Medikamente. Münch. med. Wschr. 106, 2281—2288 (1964).

Die Einführung der Rezeptpflicht für zwar registrierte, aber noch keine 3 Jahre erprobten Arzneimittel hat dem Arzt eine gesteigerte Verantwortung gebracht. Die Tatsache der Registrierung allein befreit ihn nicht von der Sorgfaltspflicht. Vor der Registrierung Erprobung in der Klinik, auch hier gelten die Grundsätze der ärztlichen Fortbildungs-, Sorgfalts- und Aufklärungspflicht. Anwendung von Placebo unbedenklich wo kein Schaden. Für die Erprobung verantwortlich in erster Linie immer der Arzt, dann erst der Arzneiprüfer. Das Wohl des Patienten steht über allem, die Forschung ist notwendige Nebenaufgabe, nicht mehr.

SPANN (München)

Wilhelm Uhlenbruck: Die vertragliche Haftung von Krankenhaus und Arzt für fremdes Verschulden. Neue jur. Wschr. 17, 2187—2191 (1964).

Frage ob im ärztlichen Haftungsprozeß immer eine klare Abgrenzung der einzelnen Haftungsbereiche möglich ist, wenn mehrere Haftende für das schuldhafte Handeln oder Unterlassen dritter Personen in Betracht kommen und ob im Zweifelsfalle gesamtschuldnerische Haftung eintritt. Haftungsrechtlich unproblematisch sind die Fälle, in denen der Arzt oder der Krankenhausträger jeweils alleiniger Vertragspartner des Patienten sind und für das schuldhafte Verhalten ihrer Erfüllungsgehilfen allein einzustehen haben. Diskussion der Problematik unter dem Gesichtspunkt der fortschreitenden Spezialisierung im Krankenhaus und den daraus resultierenden Schwierigkeiten der Abgrenzung der einzelnen Tätigkeiten.

SPANN (München)

BGB §§ 276, 823; ZPO § 286 (Erblindung eines Patienten bei Behandlung durch Augenarzt). Wenn sich nicht feststellen läßt, ob die Erblindung eines Patienten schicksalsmäßig eingetreten oder durch ein in der Augenheilkunde allgemein gebräuchliches Verfahren verursacht worden ist, gegen dessen erst vereinzelt beschriebene Gefahren (Keimübertragung) noch kein Schutz durch eine anerkannt bessere Methode gefunden wurde, so wirkt sich die Unaufklärbarkeit weder nach den Grundsätzen des Anscheinsbeweises noch durch Umkehr der Beweislast gegen den behandelnden Augenarzt aus. [BGH, Urt. v. 13. 10. 1964—VI ZR 169/63 (Düsseldorf).] Neue jur. Wschr. 18, 345—347 (1965).

Entfernung eines Fremdkörpers beim Kläger durch die Sprechstundenhelferin in Abwesenheit des Arztes. Anschließend Hornhautgeschwür mit Verlust der Sehkraft. Anschließend Erkrankung weiterer 5 Patienten, die durch den Augenarzt selbst mit der gleichen Lösung anaesthetisiert worden waren. Erregernachweis in der Lösung. LG erkannte dem Kläger Anspruch auf Schmerzensgeld und Ersatz des Verdienstausfalles zu. OLG weist auf Berufung des Beklagten ab. Revision des Klägers hat keinen Erfolg. Ausführliche Wiedergabe der Entscheidungsgründe.

SPANN (München)

Karl Strobl: Das österreichische Ärztegesetz. Unter Berücksichtigung der sich durch die Ärztegesetznovelle 1964 ergebenden Abänderungen und Ergänzungen. Bundesgesundheitsblatt 7, 353—360 (1964).

An Hand seiner Geschichte und seiner historischen Entwicklung wird das am 30. 3. 49 in seiner heutigen Form geschaffene Ärztegesetz ausführlich besprochen, wobei insbesondere auf die seither erfolgten fünf Gesetzesnovellen eingegangen wird. Die bedeutendste und umfassendste Ärztegesetznovelle stammt aus dem Jahre 1964. Sie enthält neue Bestimmungen über die post-

promotionelle Ausbildung des praktischen Arztes und des Facharztes und für die Ausübung des ärztlichen Berufes. Das Gesetz besteht aus 4 Hauptstücken: Ärzteordnung (I), alle die Ärztekammern betreffenden Regelungen (II), die sozialrechtlichen Bestimmungen (III) und schließlich die Schluß- und Übergangsbestimmungen (IV). — Alle ärztlichen Tätigkeiten sind taxativ im Gesetz aufgezählt, so unter Punkt g) die Vornahme von Leichenöffnungen. Ausdrücklich wird jede Art der Ausübung der Heilkunde durch andere Personen als Ärzte verboten. — Ausbildungserfordernis für den praktischen Arzt ist die mindestens 3jährige praktische, mit Erfolg zurückgelegte Ausbildung (Turnus) auf den Gebieten der inneren Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten sowie Haut- und Geschlechtskrankheiten. Der Facharzt bedarf einer mindestens 6jährigen Ausbildung. Nur die Zahnheilkunde hat eine 2jährige Ausbildungszeit. — Die Ausbildung zum Facharzt ist derzeit für 16 klinische Fächer möglich. Hinsichtlich der nichtklinischen Fächer gibt es derzeit noch keine Regelung. Universitätsprofessoren und Universitätsdozenten gelten auf jeden Fall als Fachärzte, auch wenn für ihr Sonderfach noch keine Facharztregelung vorliegt. — Die Österreichische Ärztekammer verfügt über die Ärzteliste, in die jeder Arzt vor Antritt seines Berufes eingetragen werden muß und wacht über die ärztliche Tätigkeit. Die Berufsbezeichnungen sind genau so exakt definiert wie die Voraussetzungen zur Berufsausübung und die Berufspflichten. Selbstverständlich sind auch genaue Bestimmungen über Disziplinarverfahren vorhanden, wobei es besonders interessierend dürfte, daß Erkenntnisse (Entscheidungen) des Disziplinarsenates endgültig sind und auch nicht mehr mittels Beschwerde beim Verwaltungsgerichtshof angefochten werden können. — Weitere Einzelheiten müssen in der Originalarbeit nachgelesen werden, die einen ausgezeichneten Überblick über den Inhalt des österreichischen Ärztegesetzes gibt.

HOLCZABEK (Wien)

Freiwillige Sterilisationen straffrei — Urteilsgründe des Bundesgerichtshofes im Falle Chefarzt Dr. Dohrn. (Mitgeteilt von RA Dr. SCHMELCHER.) Dtsch. med. Wschr. 90, 448—450 (1965).

Nach dem Urteil des BGH vom 27. 10. 64 (5 StR 78/64) besteht heute keine deutsche Strafvorschrift mehr, die die freiwillige, d. h. mit wirksamer Einwilligung vorgenommene Sterilisation unter Strafe stellt. — Das ehemalige Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Erbgesundheitsgesetz) von 1933 hatte die Anwendung des § 226 a StGB — der Rechtfertigungsgrund der Einwilligung des Betroffenen galt grundsätzlich für alle, also auch für schwere Körperverletzungen, er entfiel aber, wenn die Tat gegen die guten Sitten verstieß — praktisch ausgeschaltet, weil es nur noch zugelassene und nicht zugelassene Sterilisierungen unterschied; die spätere Einführung (1934) des § 226 b StGB engte als Sondergesetz den Bereich der Körperverletzungsvorschriften derart ein, daß sie freiwillige Sterilisierungen aus dem Tatbestand der Körperverletzungen herausnahm. § 226 b StGB ist durch Kontrollratsgesetz Nr. 11 (1946) beseitigt worden. Das bedeutet nicht, daß damit wieder derjenige Rechtszustand eingetreten ist, der vor dem Inkrafttreten des § 226 b StGB oder gar vor dem Erbgesundheitsgesetz bestanden hat. Denn das Kontrollratsgesetz Nr. 11 bestimmte außerdem, daß Vorschriften, die durch eine nunmehr aufgehobene Vorschrift beseitigt worden waren, nicht wieder in Kraft träten. Zu diesen Vorschriften gehören die Körperverletzungsvorschriften, soweit sie durch § 226 b StGB für freiwillige Sterilisierungen ihrer Geltung entkleidet worden waren. Diese Rechtslage hat sich nicht dadurch geändert, daß das Kontrollratsgesetz Nr. 11 nach Art. 2 des Gesetzes Nr. A-37 der Alliierten Hohen Kommission (1955) mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes seine Wirksamkeit verloren hat; denn eine Wiederinkraftsetzung des § 226 b StGB ist definitiv nicht erfolgt; es besteht insoweit also eine Gesetzeslücke, freiwillige Sterilisierungen werden infolgedessen strafrechtlich nicht erfaßt.

J. PROBST (Murnau)⁵⁰

StGB § 360 Nr. 11 (Mißbräuchliche Inanspruchnahme eines Arztes). Grober Unfug liegt vor, wenn ein Arzt veranlaßt wird, sich zwecks Behandlung angeblich Unfallverletzter an eine fingierte Unfallstelle zu begeben. Die ABERUFUNG des Arztes ist im Sinne der Rechtssprechung geeignet, eine unbestimmte Anzahl von Personen unmittelbar zu belästigen, daß der Arzt gehindert wird, etwaigen begründeten Hilferufen des Publikums zu entsprechen (in Fortführung von BGHSt 12, 241 ff. = NJW 59, 1931 L). [OLG Celle, Urt. v. 23. 4. 1964—1 Ss 98/64.] Neue jur. Wschr. 17, 2213 bis 2214 (1964).

Ausführliche Darstellung der Entscheidungsgründe zum Leitsatz.

SPANN (München)

Roman Schüppert: Kurpfuschertum und Kriminalität. [Zentrale z. Bekämpf. d. Unlauterkeit i. Heilgewerbe, Mainz.] Arch. Kriminol. 133, 78—84 (1964).

Bei dem Referat handelt es sich zunächst um einen historischen Überblick über die Arbeit des Verf., der kürzlich verstorben ist. Dem Verf. war nach seiner Pensionierung im Jahre 1953 die Aufgabe übertragen worden, organisatorische Maßnahmen gegen das Kurpfuschertum zu ergreifen. Er hat sich, wie aus zahlreichen Veröffentlichungen hervorgeht, dieser Aufgabe mit ganzem Eifer gewidmet. In seiner hier vorliegenden Schrift wendet er sich vornehmlich der strafrechtlichen Bekämpfung des modernen Kurpfuschertums zu und erläutert dies an Hand gesetzlicher Bestimmungen und praktischer Fälle.

GUMBEL (Kaiserslautern)

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

H. Wolfová und J. Erben: Ein spezifischer Beweis des menschlichen Blutes. [Inst. f. gerichtl. Med., allg.-med. Fak., Univ., Prag.] Soudní lék. 9, 11—14 mit dtsh., franz. u. engl. Zus.fass. (1964) [Tschechisch].

Streptokinase aktiviert das fibrinolytische Enzymsystem des Menschen über einen Proaktivator und einen Aktivator. Menschliches Blut enthält den Proaktivator, tierisches Blut hat keine genügende Menge Proaktivator und außerdem ein Anti-Fibrinolysin, das die Wirkung der Streptokinase verhindert. Dies wird ausgenützt, um Blut- und Eiweißart in der gleichen Probe in einem Arbeitsgang von etwa 8 Std Dauer zu bestimmen: Aus Fibrinogen + Thrombin wird auf dem Boden einer Petrischale eine Fibrinplatte erzeugt. Auf diese kommt ein Tropfen einer Mischung aus Spur + Streptokinase + Pufferlösung und dann alles für 8 Std bei 37° in den Brutofen. Bei unklarer Reaktion wird noch zwei weitere Stunden bei Zimmertemperatur abgewartet. Durch Menschenblut entsteht infolge der Lyse ein 4—5 mm großer, scharf begrenzter Ring. Bei menschlichen Sekreten, Blut von Rind, Schwein, Geflügel, Kaninchen, Ziege und besonders auch von Affen sowie organischen und anorganischen Farbflecken bleibt diese Reaktion aus. 3 Tage bei 35° aufbewahrtes Blut und solches aus Leichen, die 1—3 Wochen nach dem Tode gelegen hatten, war die Reaktion noch positiv.

H. W. SACHS (Münster)

K. Henningsen und J. Skaftø Jensen: Ergebnisse von Fleckentypbestimmungen nach Nickolls/Pereira. [Retsmed. Inst., Univ., Kopenhagen.] Nord. kriminaltekn. T. 34, 278—282 (1964) [Dänisch].

Nachprüfung der Methode von NICKOLLS-PEREIRA zum Nachweis der Blutgruppen in eingetrockneten Blutflecken. Blut von A₁-, A₂-, B-, O, A₁B- und A₂B-Spendern wurde auf Baumwolle, Wolle, Seide, Terylen und Kunstseide gebracht. Die Flecken wurden teils in der feuchten Kammer aufbewahrt, teils an der freien Luft. Als Testseren wurden Iso-Anti-A, Iso-Anti-B, Extrakt von Ulex europaeus sowie Anti-M und Anti-N vom Kaninchen verwendet. Flecken, die in der feuchten Kammer aufbewahrt worden waren, konnten wegen der aufgetretenen Schimmelbildung nicht verwendet werden. An den eingetrockneten Flecken, die bei Zimmertemperatur oder +55° C gelegen hatten, waren die Untersuchungsergebnisse zufriedenstellend, und nur wenige falsch positive Resultate wurden festgestellt.

G. E. VOIGT (Lund)

J. Lukáči: Der Nachweis von Gruppeneigenschaften von Harnflecken. [Institut für gerichtliche Medizin, Košice.] Soudní lék. 9, 17—20 mit dtsh., franz. u. engl. Zus.fass. (1964) [Tschechisch].

Mit Hilfe des Ultraschalls hat der Verf. eine Modifikation der Untersuchungsmethode zum Nachweis von Blutgruppenmerkmalen A B O an eingetrockneten Harnflecken ausgearbeitet. Brauchbare Ergebnisse bei Ausscheidern bis zu 2 Wochen, bei Nichtausscheidern (!) bis zu 3 Tagen werden mitgeteilt.

VÁMOŠI (Halle a. d. S.)

Baldo Viterbo: Changes in the appearance of hair epicuticle produced by hydrogen peroxide and permanent waving as observed with the electron microscope. (Durch Wasserstoffperoxid und Dauerwellen hervorgerufene Veränderungen der Epicuticula