

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

H. Hellner: Das Kunstfehlerproblem aus chirurgischer Sicht. [Chir. Univ.-Klin., Göttingen.] Dtsch. med. Wschr. 83, 2113—2116 (1958).

Die Ausführungen bringen das bisher Bekannte. Bemerkenswert ist, daß sich Verf. gegen den Ausdruck „Kunstfehler“ wendet. Fahrlässigkeit wird definiert: Außerachtlassen der bei der ärztlichen Behandlung notwendigen Sorgfalt. Bezüglich des Strafrechts wird folgende Forderung postuliert: „Strafrechtliche Klage soll nur möglich sein wegen grober Fahrlässigkeit mit tödlichem Ausgang oder schwerer dauernder gesundheitlicher Schädigung. Der Schaden muß vom Geschädigten nachgewiesen werden. Ein Sachverständigengutachten müßte vorher eingeholt werden, ob die Klage Aussicht auf Erfolg verspricht, ob also schuldhaftes Fahrlässigkeit vorliegt.“ (Diese Postulierung entspricht allerdings nicht der StPO. Anderes aus dieser Forderung ist selbstverständlich. Es gibt wohl kaum eine Anklage, ohne daß vorher ein Gutachten eingeholt wurde. Ref.)

E. MUELLER (Heidelberg)

A. Herrlich: Über die Altersdisposition bei der postvazkinalen Enzephalitis. [Bayer. Landesimpfanst., München.] Münch. med. Wschr. 1958, 1567—1570.

Im Hinblick auf die nun schon seit mehr als 30 Jahren bekannte Disposition überalterter Erstimpfinge, bevorzugt an postvaccinaler Encephalitis (pv.E.) zu erkranken, unternimmt Verf. eine kritische statistische Auswertung seines großen bayerischen Materials. Im Gegensatz zu den Erstimpfingen sind Wiederimpfinge kaum gefährdet; unter 113 Fällen von pv.E. der Jahre 1940—1957 hat Verf. keine einzige Erkrankung eines Wiederimpfings festgestellt. — Bei Beurteilung von Häufigkeitszahlen müssen Zeit und Raum unbedingt berücksichtigt werden, weil sonst das Vorkommen einer pv.E. statistisch über- oder unterbewertet wird. Auch Erst- und Wiederimpfingszahlen dürfen keinesfalls gemeinsam der Berechnung zugrunde gelegt werden. — Verf. hat von 1952—1957 in Bayern 752840 Erstimpfungen gezählt und dabei 78 Fälle von pv.E. beobachtet. Die Altersklassenaufgliederung nach der χ^2 -Methode ergibt für die ersten 4 Lebensjahre eine signifikant niedrigere Encephalitishäufigkeit als bei 4—12jährigen Erstimpfingen. Ohne jede spekulative Überbewertung erscheint allein die einfache Feststellung erlaubt, daß vom 3.—4. Lebensjahr ab die Wahrscheinlichkeit größer ist, an einer pv.E. zu erkranken, als in den ersten beiden Lebensjahren. Selbst im Urmaterial unterliegen die Krankheitszahlen einer gewissen Ungenauigkeit, weil ein leichter Fall von pv.E. bei 1—2jährigen Kindern nicht selten übersehen oder als Fieberkrampf fehlgedeutet werden kann. Selbst Obduktionsbefunde können falsch interpretiert werden, da in den ersten 2 Lebensjahren das histopathologische Substrat der pv.E. nämlich die perivenösen Gliastränge und die Entmarkung, noch nicht nachweisbar ist. Ein Hirnödem mit stark gefüllten Gefäßen wird von manchem Begutachter noch nicht als Impfencephalitis gewertet. Schließlich halten auch die Altersklassenangaben einer gründlichen Kritik nicht stand, weil zahlreiche Erstimpfinge ohne Impfnarben im 12. Lebensjahr fälschlicherweise als Wiederimpfinge geimpft und geführt werden. Eine beachtliche Anzahl überalterter Erstimpfinge entgeht auf diese Weise der statistischen Erfassung. Die Narbenkontrolle ergab 1956 in München, daß 7,8% der „Wiederimpfinge“ (= 751 Kinder) keine Erstimpfnarben aufwiesen. Auch nach dem Auftreten der Pustelreaktion, die Erst- und Wiederimpfinge zu unterscheiden gestattet, befinden sich unter den „Wiederimpfingen“ 4—6% überalterte Erstimpfinge. Aus diesen Beobachtungen und Berechnungen zieht Verf. unter Verzicht auf jede Überbewertung den Schluß, auch in Zukunft an der Frühimpfung festzuhalten, weil trotz allem ein Unterschied in der Erkrankungshäufigkeit der Kinder zwischen 0—3 und der über 3 Jahre alten Kinder bestehen bleibt. Alle weiteren Angaben, insbesondere über die Erkrankungswahrscheinlichkeit höherer Altersklassen, gelten wegen der Kleinheit der meisten Bezugswerte als unzuverlässig und wegen ihrer Auswirkung auf die Impfpraxis als bedenklich.

HEMPER (Leipzig)^{oo}

R. Wahl: Quelques aspects nouveaux de la responsabilité des radiologistes. [Soc. de Méd. lég. et Criminol., 14. IV. 1958.] Ann. Méd. lég. 38, 334—340 (1958).

A. Becker und J. Matzker: Thorotrastschädigungen am Hals. [HNO-Klin., Städt. Krankenanst., Nürnberg, u. HNO-Klin., Univ., Mainz.] Dtsch. med. Wschr. 84, 853—859, 869—870 (1959).

A. Kaeding und W. Heidel: Über Thorotrastspätschäden. [Med. Univ.-Poliklin., Rostock.] Z. ärztl. Fortbild. 53, 346—349 (1959).

G. Hieronymi: Kritische Untersuchung sogenannter Thorotrasttumoren nebst Mitteilung zweier Fälle. [Path. Inst., Univ., Heidelberg.] Zbl. allg. Path. path. Anat. 97, 513—523 (1958).

Ein 49jähriger Mann starb 15 Jahre nach einer Thorotrastinjektion an einem malignen Hämangioendotheliom der Leber mit kleinknotigen intravasalen und intraalveolären Lungenmetastasen, ein 61jähriger Mann 16 Jahre nach der Thorotrast(Th.)-Applikation an einem extrahepatischen Gallengangscarcinom mit Verschlußikterus und Leberdystrophie. In beiden Fällen die typische Th.-Speicherung in Leber, Milz, Knochenmark und Lymphknoten. Der rechte Leberlappen enthält in der Regel mehr Th. als der linke, weil dieser hauptsächlich filtrierte Milzvenenblut, jener aber thorotrastreicherer Blut aus dem übrigen portalen Wurzelgebiet bezieht. Innerhalb der Läppchen findet eine allmähliche Umlagerung des Th. aus den Sternzellen in das periportale Bindegewebe statt. Der Transport erfolgt vermutlich auf dem Wege durch das pericapilläre Gitterfasernetz. — Insgesamt sollen 19 Fälle von Tumoren nach Th.-Injektion beschrieben sein. In 13 Fällen waren die Tumoren (7 Hämangioendotheliome) in der Leber lokalisiert. Kritisch betrachtet, reduziert sich jedoch die Zahl der Fälle auf 9, weil in einem Teil der Beobachtungen entweder der topographische Zusammenhang von Th.-Ablagerungen und Tumorkomplexen nicht bestand, andere Faktoren der Tumorentstehung nicht gewürdigt wurden, die zu fordernde Latenzzeit von 12—18 Jahren über- oder unterschritten war oder aber regenerative und hyperplastische Neubildungen zu Unrecht für maligne Blastome gehalten wurden. LAPP (Gießen)^{oo}

J. A. Griffiths: Unexpected emergencies under anaesthesia. (Unerwartete Narkosezwischenfälle.) [Dept. of Anaesthet., Roy. Infirm., Sheffield.] J. forensic Med. 5, 131—136 (1958).

In einem Vortrag schält Verf. unter Anführung einzelner Eigenbeobachtungen drei Hauptvorwürfe heraus, die im Zusammenhang stehen mit unerwarteten, meist tödlich verlaufenden Zwischenfällen in der Narkose bei scheinbar gesunden Patienten: 1. Unsachgemäß und sorglos, insbesondere nicht auf die Belange des Anaesthesisten abgestellt erhobene Anamnese und Befund. 2. Das Begnügen mit einem nicht-adäquaten Befund als Todesursache infolge mangelnder Zusammenarbeit mit dem Pathologen. 3. Nicht-diagnostizierte Krankheiten, besonders solche, die unter der Narkose zu Blutdruckkrisen führen (M. Addison, Phäochromocytom). — Von den einzelnen Zwischenfällen ist der Spannungspneumothorax, an den bei unerklärlicher Cyanose gedacht werden muß, wegen der Möglichkeit sofortiger erfolgreicher Behandlung wichtig. Weitere pulmonale Zwischenfälle sind die Thromb-, Fett- und Tumorembolien und Bronchusverschlüsse. Vasculäre Zwischenfälle sind selten, bei langdauernder Trendelenburgscher Lage ist eine Hirnembolie zu erwarten. Schließlich gelangt Verf. nach Hinweis auf die seltenen arterio-venösen Anastomosen, die in Verbindung mit Barbituraten zur lebensbedrohlichen Hypotension führen können, zu jener Gruppe unerwarteter Zwischenfälle, die durch Kombinationswirkung unbekannter, vom Patienten vorher eingenommener Medikamente mit den Narcoticis und anderen, im Verlauf der Operation verabreichten Mitteln bewirkt wird; deshalb soll die Frage nach Medikamentengebrauch routinemäßig gestellt werden. v. KARGER (Kiel)

Saburo Makisumi, Tokuji Inoue, Ryuichi Aiko, Tatsuya Tanaka, Akihisa Koga, Terukazu Tsukamoto und Akiyoshi Tekeuchi: Two cases of sudden death due to spinal anaesthesia with percamin. Especially, on the identification and the distribution of percamin in the deceased body by means of absorption spectrophotometry. (Zwei Fälle von plötzlichem Tod nach Spinal-Anaesthesie mit Percamin mit besonderer Berücksichtigung der Identifizierung und Verteilung des Percamin in der Leiche durch Bestimmung des Absorptionsspektrums.) [Dept. of leg. Med., Kyushu Univ. School of Med., Fukuoka.] Jap. J. leg. Med. 12, 764—769 mit engl. Zus.fass. (1958) [Japanisch].

Es wird über 2 Fälle von plötzlichem Tod nach Spinal-Anaesthesie mit Percamin, sowie über Identifizierung und Verteilung des Mittels berichtet. Im 1. Fall fand sich Percamin lediglich in der Spinal-Flüssigkeit und in der Cauda equina. Dieser Patient war vermutlich unmittelbar nach der Spinal-Injektion verstorben. Eine sekundäre Lebercirrhose schien für den plötzlichen Tod mitverantwortlich gewesen zu sein. Im 2. Fall fand sich Percamin in der Cauda equina, in der Medulla oblongata und im Mageninhalt. Aber nur extrem kleine Mengen von Percamin waren im Liquor

spinalis nachweisbar. Die Absorptions-Spektrophotometrie wird als geeignete und als zuverlässige Methode für die gerichtlich-chemische Analyse zum Nachweis von Lokal-Anaestheticis speziell von Percamin bezeichnet.
SPANN (München)

K. Schmitt und H. J. Wagner: Tödlicher Narkosezwischenfall bei Trichloräthylenbetäubung. [Inst. f. gerichtl. Med. u. Kriminalist., Univ., Mainz.] Arch. Toxikol. 17, 186—196 (1958).

Bei einem 11 $\frac{1}{2}$ -jährigen Jungen wurde zum Zweck einer Zahnextraktion eine Narkose mit 1 cm³ Narkosoid (Trichloräthylen-Präparat) durchgeführt. Als der Junge nach der Extraktion des ersten Zahnes unruhig wurde, gab man zusätzlich noch etwas Narkosoid. Daraufhin verschlechterte sich die Atmung. Alle Maßnahmen, die Atemstörungen zu beheben, blieben ohne Erfolg. Die Hirnwindungen waren deutlich abgeflacht. Die Muskulatur sah auffallend hellrot aus. Die Bronchien, vor allem die der rechten Lunge, enthielten blutige Flüssigkeit. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich in der Hirnrinde vermehrt Mikrogliazellen. Die Ganglienzellen zeigten „Auflösungserscheinungen in unterschiedlichen Stadien“. Die perivaskulären Räume waren erweitert, die Marksubstanz war wabig aufgelockert. In der Nachbarschaft der Gefäße lagen Rundzellinfiltrate. Stellenweise waren die Gliafasern perivaskulär vermehrt. Die Stammganglien wiesen ähnliche, jedoch stärker ausgeprägte Veränderungen auf. Im Sommersechen Sektor und in der Zone h₁ des Ammonshorns waren Ganglienzellen ausgefallen. Da das Blut 8,6% CO-Hb enthielt, wurde eine Ortsbesichtigung des Zimmers, in dem der Junge schlief, vorgenommen. Nach dem Ergebnis dieser Untersuchung bestand der Verdacht, daß der Junge über längere Zeit Luft eingeatmet hatte, die Kohlenoxyd in kleineren Mengen enthielt. Man mußte daher an eine chronische Kohlenoxydvergiftung denken und die am Gehirn erhobenen mikroskopischen Befunde darauf beziehen. Der tödliche Narkosezwischenfall ist nach Ansicht der Verf. im wesentlichen auf die durch die chronische Kohlenoxydvergiftung veränderte Funktion des Gehirns und mögliche zusätzliche Zirkulationsstörungen durch Trichloräthylen zurückzuführen.
ADEBAHR (Köln)

W. Perret: Über das Ausmaß der Aufklärungspflicht des Arztes bei Krebserkrankung. Med. Klin. 54, 138—140 (1959).

Wieweit der Arzt einen Krebskranken aufklären muß, unterliegt im großen und ganzen seinem pflichtmäßigen Ermessen. Es ist vorgekommen, daß Patienten eine Entschädigung vom Arzt verlangten, weil ihnen und der Familie Nachteile dadurch entstanden waren, daß der Arzt vom Krebsleiden nichts mitgeteilt hat. Verf. zitiert alle erreichbaren einschlägigen Entscheidungen des Reichsgerichts und der Oberlandesgerichte. Diese Entscheidungen verlangen vom Arzt ein sorgfältiges Abwägen, wieweit er den Patienten die Wahrheit mitteilen muß, doch wird nirgends eine absolute Offenbarungspflicht postuliert. Einzelheiten der zitierten Gerichtsentscheidungen müssen im Bedarfsfalle im Original nachgelesen werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

H. Malten: Über das Ausmaß der Aufklärungspflicht des Arztes bei Krebserkrankung. (W. PERRET, Med. Klin. 1959, 4, 138.) Med. Klin. 54, 787—788 (1959).

Verf. setzt sich dafür ein, man solle bei der Aufklärung von Krebskranken sich nur nach arzt-ethischen Gesichtspunkten richten; ob man einem inoperablen Carcinomkranken die Wahrheit sagen soll, wird sich auch danach richten, ob es für ihn notwendig ist, vor seinem Ableben die Familienverhältnisse zu ordnen. PERRET, der ein Schlußwort zu diesem Aufsatz geschrieben hat, wendet ein, es sei gefährlich, bei Erwägungen über die Aufklärungspflicht die Rechtsprechung überhaupt nicht zu berücksichtigen. Der Arzt setze sich, wenn er nur ärztlich-ethische Gesichtspunkte im Auge habe, unter Umständen rechtlichen Unannehmlichkeiten aus.

B. MUELLER (Heidelberg)

Martin Reichenbach: Praktisch verwertbare Maßstäbe für das Ausmaß der ärztlichen Aufklärungspflicht. Lebensversicher.-Med. 11, 13—18 (1959).

Nach geltendem Recht und der ständigen Rechtsprechung der deutschen Gerichte ist jeder ärztliche Eingriff eine Körperverletzung, die nur dann straflos bleibt, wenn der Patient dem Eingriff zugestimmt hat. Der Arzt muß entscheiden, wieweit ein Kranker über das Risiko des Eingriffs und die typischen Gefahren der Behandlung informiert werden kann. Verf. gibt einen Überblick über das Ausmaß der ärztlichen Aufklärungspflicht aus Schrifttum und Rechtsprechung. Er setzt sich mit den Grenzen der Aufklärungspflicht und der Schuldfrage unterlassener Aufklärungspflicht auseinander. Gutachter sollten sich darauf beschränken, nur solche Eingriffs-

gefahren den Gerichten mitzuteilen, die im sicheren Bereich der Möglichkeit liegen. PERRET hat statistisches Zahlenmaterial zusammengebracht, das als Maßstab gelten kann. Bei einer Komplikationsdichte bis zu 4% kann man nur von atypischen Gefahren sprechen. Wenn nur hin und wieder bei einem Eingriff Komplikationen eintreten (atypische Gefahren), besteht keine Aufklärungspflicht. Die Statistiken dürfen nicht aus veralteten Arbeiten stammen. Der Gutachter muß sich über Grundfragen der Statistik informiert haben und die richtigen Schlüsse aus der Statistik ziehen. Die Schlußfolgerungen aus den Statistiken sollen nicht den Richtern überlassen werden, sondern der medizinische Gutachter, dessen Stellungnahme sich auf umfassende und neuzeitliche Literatur zu stützen hat, soll sich dazu äußern. Eigene Erfahrung und richtige Darlegung dem Richter gegenüber dürften wertvoll sein. Leider vermißt man in der Arbeit eine kurze Zusammenstellung über die Häufigkeit von Komplikationen bei den wichtigsten medizinischen Eingriffen.

OTHARD RAESTRUP (Frankfurt a. M.)

W. Döhner: Gefälligkeitsgutachten. [Psychiatr. und Nervenklin., Univ., Kiel.] Med. Sachverständige 54, 240—242 (1958).

Verf. sieht die Ursache für Gefälligkeitsgutachten weniger in menschlichen Schwächen als in Unzulänglichkeiten der Rentengesetzgebung und „in der psychologischen Situation des Untersuchers“. In der Begegnung zwischen Arzt und Patient unterliegen viele Ärzte suggestiven Einflüssen. Sie urteilen gefühlsmäßig und tragen oft nur Beschwerden zusammen, statt noch vorhandene Leistungsmöglichkeiten zu aktivieren. Schuldlos in Not geratenen Menschen werden oft allzu großzügig Bescheinigungen ausgestellt, ohne daß die Tragweite der Entscheidung immer richtig erlassen wird. Oft ist der Arzt bei diagnostisch unklaren Bildern überfordert. — Verf. fordert in Rentenverfahren weniger, aber von Anfang an gute Gutachten mit rechtzeitiger Aufklärung des Sachverhaltes. Gerichte und Versicherungsträger sollten die Gepflogenheit aufgeben, von Rentenantragstellern das Vorlegen ärztlicher Bescheinigungen zu verlangen.

GERCHOW (Kiel)

O. Prokop, F. Ch. Hoffmann und S. Schirmer: Sind Telepathie und Hellsehen naturwissenschaftlich anerkannte Phänomene? [Inst. f. Gerichtl. Med., Univ., Berlin.] Z. ärztl. Fortbild. 52, 909—916 (1958).

Gedrängte Literaturübersicht mit ausführlicher und exakter Zitierung des ausgedehnten Schrifttums. Anhand der ihm zur Verfügung stehenden Unterlagen weisen Verf. nach, daß exakte naturwissenschaftliche Beweise für Telepathie und Hellsehen auch jetzt noch nicht erbracht worden sind.

B. MUELLER (Heidelberg)

Georg Herold: Die gesetzlichen Grundlagen des Arzneimittelverkehrs. Med. Klin. 54, 187—189 (1959).

Im Hinblick auf die in nächster Zeit zu erwartende gesetzliche Regelung des Arzneimittelwesens innerhalb der Bundesrepublik gibt der Verf. einen Überblick über die wichtigsten Gesetze und Verordnungen, die für den Arzneimittelverkehr von Bedeutung sind. Es handelt sich um 1. die Gewerbeordnung, 2. die viel umstrittene sog. Kaiserliche Verordnung vom 22. 10. 01, die sich zu klären bemühte, welche Apothekerwaren dem freien Verkehr zu überlassen sind, 3. das Gesetz über das Deutsche Arzneibuch (DAB) vom 22. 3. 52, 4. das Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz) vom 10. 12. 29 und die Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in Apotheken vom 19. 12. 30, 5. die Arzneimittelstoppverordnung vom 11. 2. 43, durch die die Herstellung neuer Arzneispezialitäten verboten wurde. Wie sehr die Dinge auf dem Gebiet des Arzneimittelwesens im Flusse sind, und wie dringend notwendig die seit Jahrzehnten angestrebte reichs- bzw. bundesgesetzliche Regelung ist, geht aus zwei in jüngster Zeit ergangenen höchstgerichtlichen Entscheidungen deutlich hervor. Am 7. 1. 59 hat das Bundesverfassungsgericht beschlossen, daß die Kaiserliche Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln vom 22. 10. 01 trotz ihrer vielen Unklarheiten mit dem Grundgesetz vereinbar ist, und am 8. 1. 59 hat dasselbe Bundesverfassungsgericht entschieden: „Die Verordnung über die Herstellung von Arzneifertigwaren vom 11. 2. 43 ist nichtig“. Beide Entscheidungen waren dem Verf. noch nicht bekannt, so daß seine Ausführungen z. T. als überholt angesehen werden müssen.

GERSBACH (Wiesbaden)

Besteht bei versuchtem Selbstmord ärztliche Hilfspflicht nach § 330c StGB? Dtsch. med. Wschr. 1958, 1101—1102.

Unglücksfall ist ein plötzliches Ereignis, das erheblichen Schaden an Menschen ... verursacht und weiteren Schaden zu verursachen droht ..., gleichgültig ob die Gefahrenlage dem Gefährdeten

von außen zugestoßen oder ob sie, wie beim Selbstmörder, von seinem Willen hervorgerufen ist. ... Wenn ... eine ernste Gefahrenlage ... entstanden ist, so muß jeder, der hinzukommt ... helfen. ... Da das Sittengesetz jeden Selbstmord ... mißbilligt ... kann das Recht nicht anerkennen, daß die Hilfspflicht des Dritten hinter dem ... Willen des Selbstmörders ... zurückzustehen habe. Der Satz ‚volenti non fit iniuria‘ verliert hier ... seinen Sinn ...“. Die Entscheidung beschäftigt sich weiter mit der Strafbarkeit der *Beihilfe* zum Selbstmord durch unterlassene Hilfeleistung. — Es handelt sich um die Entscheidung des BGH vom 10. 3. 54 (GSSt 4/53, vgl. Neue jur. Wschr. 54, 1049), die Quellen sind im Textabdruck nicht angegeben. SCHLEYER (Bonn)

StPO § 53a (Detektiv als Berufshelfer.) Auch wer nur zur gelegentlichen Mitwirkung bei der berufsmäßigen Tätigkeit des Geheimnispflichtigen herangezogen wird und so Kenntnis von dessen Berufsgeheimnissen erlangt, ist Gehilfe i. S. von § 53a StPO. [LG Frankfurt a. Main, Beschl. v. 7. XI. 1958 — 5/9 Qs 202/58.] Neue jur. Wschr. A 12, 589—590 (1959).

Ein Rechtsanwalt hatte einen Detektiv mit Ermittlungen beauftragt. Der Detektiv verweigerte bei seiner Zeugenvernehmung die Aussage mit Rücksicht darauf, daß er Gehilfe eines Rechtsanwaltes sei. Das LG Frankfurt stellte sich in seinem Beschluß auf den Standpunkt, daß auch ein vorübergehend in Anspruch genommener Gehilfe trotzdem Gehilfe einer Persönlichkeit sei, die das Recht habe, die Aussage zu verweigern (§ 53 StPO). (Auf ärztliche Verhältnisse umgedacht würde dies bedeuten, daß auch eine vorübergehend eingestellte Schreibhilfe als Gehilfin des Arztes gilt, unter die Pflicht zur Verschwiegenheit fällt und gegebenenfalls die Aussage verweigern darf; Ref.)

B. MUELLER (Heidelberg)

BGB § 157; Arztvertrag; GG Art. 1 und 2 (über den Anspruch des Patienten gegen den Arzt auf Herausgabe der mit seiner Zustimmung gefertigten Röntgenbilder). [OLG Stuttgart, Schlußb. v. 21. 10. 1958 — 6 U 35/57, nicht rechtskr.] Neue jur. Wschr. A 11, 2120 (1958).

Nach Auffassung des OLG Stuttgart gehen die Röntgenbilder nicht in das persönliche Eigentum des Patienten über, der sie doch nicht deuten kann. Doch ist der Arzt verpflichtet, sie einem anderen Arzt herauszugeben, wenn dieser die weitere Behandlung übernimmt.

B. MUELLER (Heidelberg)

BGB §§ 985, 810, 675 in Verb. mit § 667 (über die Herausgabepflicht des Arztes betr. Krankenblätter und Krankengeschichten). [OLG Stuttgart, Teilur. v. 4. II. 1958 — 6 U 35/57.] Neue jur. Wschr. A 11, 2118—2120 (1958).

Die Pflicht zur Herausgabe der Krankengeschichte an den Patienten läßt sich auf die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen nicht stützen. Die Krankengeschichten sind Privataufzeichnungen des Arztes; sie sind nicht Eigentum des Patienten. Auch aus dem Arztvertrag läßt sich die Pflicht zur Herausgabe nicht ableiten. Zwar kann der Arzt in Einzelfällen zur Auskunftserteilung aus der Krankengeschichte einem Berechtigten gegenüber verpflichtet sein, er muß unter Umständen auch dem Patienten Einzelheiten über den Krankheitsverlauf mitteilen, doch ist er nicht verpflichtet, die Krankengeschichte im Original an den Patienten herauszugeben. — In einer weiteren Entscheidung, die danach abgedruckt wird, stellt das OLG auch fest, daß der Arzt nicht gezwungen werden könne, Röntgenbilder an den Patienten herauszugeben; man wird lediglich verlangen können, daß er sie einem anderen Arzt, der die Behandlung weiterführt, überläßt. Wenn er die Röntgenbilder dem Patienten zur Übergabe an den anderen Arzt in die Hand gibt, so ist der Patient nur Bote, er hat nicht das Recht, die Röntgenbilder für sich zu behalten, sofern der Arzt nicht ausdrücklich zustimmt.

B. MUELLER (Heidelberg)

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

- **Vorträge über Fragen der Brandermittlung.** Bericht über die IV. Internationale Brandermittlertagung in Kiel vom 7. bis 12. Juli 1958. Hrsg. von GEORG HELMER. Kiel 1958. 399 S.

In diesem Bericht über die IV. Internationale Brandermittlertagung in Kiel vom 7.—12. Juli 1958 finden sich neben mehr kriminaltechnischen Vorträgen, wie z.B. die von FREI-SULZER