

ELISABETH TRUBE-BECKER (Düsseldorf): Schweigepflicht und Verkehrssicherheit. (Mit 1 Textabbildung.)

Die Entwicklung des Straßenverkehrs gibt Anlaß zu prüfen, ob im Interesse einer prophylaktischen Ausschließung des potentiellen Verkehrssünders vom Führen von Kraftfahrzeugen für den Arzt eine Befugnis oder sogar Verpflichtung zur Offenbarung besteht.

Die Legaldefinition der ärztlichen Schweigepflicht finden wir im § 300 des Strafgesetzbuches. Der § 300 behandelt den Bruch des Berufsgeheimnisses. Nach seinem Wortlaut wird u. a. bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbart, das ihm in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekanntgeworden ist. Die strafbare Handlung besteht im Offenbaren. Es genügt jede Mitteilung an einen anderen. Strafwürdig ist das Offenbaren, das nicht mit Zustimmung des Geheimnisträgers oder ohne solche Zustimmung in Erfüllung eines gesetzlichen Rechtes oder einer gesetzlichen Pflicht erfolgt. In diesen Fällen hat der Gesetzgeber die berechtigten Interessen des Anvertrauenden dem öffentlichen Interesse an einer Geheimnispreisgabe untergeordnet und die Schutzwürdigkeit des anvertrauten Geheimnisses verneint.

Schwieriger ist die Entscheidung in Fällen der nicht gesetzlich festgelegten Offenbarungsbefugnis und des sog. nicht kodifizierten Offenbarungsrechtes, das angenommen wird dann, wenn der Schweigepflichtige in Erfüllung einer sittlichen Pflicht oder sonst zu einem nach allgemeinem sittlichem Empfinden berechtigten Zweck handelt und das im Falle des Schweigens bedrohte Rechtsgut überwiegt, so daß sich die Offenbarung als das angemessene Mittel zum Erreichen eines berechtigten Zweckes darstellt.

Problematisch ist besonders das Schicksal der de lege lata bestehenden Schweigepflicht in der weiteren Rechtsentwicklung, die im Widerstreit des öffentlichen Interesses mit den Rechten der Persönlichkeit ein zumutbares Gleichgewicht herzustellen oder zu bewahren hat. Dabei ist schon zweifelhaft, ob es überhaupt Aufgabe der Gesetzgebung sein soll, Pflichtenkollisionen in Sammeltatbeständen zu entscheiden und damit den Einzelfall einer verallgemeinernden Beurteilung zuzuführen, ihn dirigistisch zu lösen und so die freie Entwicklung unter Beschränkung der Persönlichkeitsrechte weiter zu hemmen. Dem ärztlichen Ethos entspricht es, für ein Schweigerecht des Arztes zu kämpfen und nicht Veranlassung dazu zu geben oder sogar zu wünschen, daß der Gesetzgeber eine entsprechende *Pflicht* bestimmt. Fraglich ist aber, wie weit sich dieser Grundsatz im Zeitalter eines Straßenverkehrs, der die körperliche Unversehrtheit des Menschen in ständig wachsendem Maße und immer bedrohlicher gefährdet, verteidigen läßt.

Die in hohem Maße alarmierende Situation im Straßenverkehr wird gekennzeichnet durch das Ergebnis der Statistik „Straßenverkehrsunfälle und Unfallopfer 1956—1959“. Die Zunahme der Verkehrsunfälle in den Jahren 1953—1959 ist aus Abb. 1 ersichtlich.

Gegenüber 1953 hat sich im Jahre 1959 die Gesamtzahl fast verdoppelt. Von der Polizei sind allein in diesem Jahr im Bundesgebiet ohne Berlin 804 915 Straßenverkehrsunfälle erfaßt worden.

Auch die Anzahl der getöteten und verletzten Personen hat zugenommen. Allein im Jahre 1959 sind 13 515 oder täglich 37 Menschen bei Verkehrsunfällen umgekommen. Verletzt wurden 403 988 Personen.

Die Art der Verkehrsbeteiligung der verletzten und getöteten Personen ergibt sich aus Tabelle 1.

Die Entwicklung der Straßenverkehrsunfälle und ihrer Folgen
(Tausend (Bundesgebiet ohne Berlin))

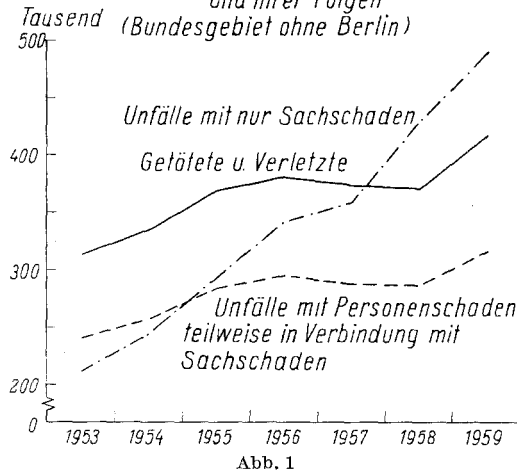


Tabelle 1. Durch Straßenverkehrsunfälle getötete und verletzte Personen
(Bundesgebiet ohne Berlin)

Art der Verkehrsbeteiligung	Getötete				Verunglückte zusammen			
	1958		1959		1958		1959	
	Anzahl	v. H.	Anzahl	v. H.	Anzahl	v. H.	Anzahl	v. H.
Fahrzeugführer u. Mitfahrer von:								
Kraftträdern, Rollern	2997	25,1	3072	22,7	99939	27,0	103349	24,7
Personenkraftwagen	2370	19,9	2868	21,2	87043	23,5	108148	25,9
Omnibussen	26	0,2	74	0,6	2607	0,7	2970	0,7
Liefer- u. Lastkraftwagen einschl. Zugmaschinen	444	3,7	504	3,7	11146	3,0	12171	2,9
Sonstigen Fahrzeugen	9	0,1	57	0,4	174	0,0	533	0,1
Mopeds	1106	9,3	1386	10,2	45566	12,3	58786	14,1
Fahrrädern	1203	10,1	1493	11,0	49817	13,5	54831	13,1
Sonstigen Fahrzeugen	135	1,1	112	0,8	3335	0,9	3433	0,8
Fußgänger	3629	30,4	3949	29,2	70156	19,0	73302	17,6
Andere Personen. . .	8	0,1	21	0,2	188	0,1	275	0,1
Zusammen	11 927	100,0	13 536	100,0	369 971	100,0	417 798	100,0

Unübersehbar auffällig ist das Überwiegen der motorisierten Verkehrsteilnehmer; auch insoweit ist ein Ansteigen der Unfallziffern zu erwarten. Das ergibt sich besonders aus Tabelle 2 und Tabelle 3.

Eine Rückentwicklung verhindert schließlich auch die ständig wachsende Zahl der abgenommenen Prüfungen für die Fahrerlaubnis (Tabelle 4).

Tabelle 2. Zulassung fabrikneuer Kraftfahrzeuge und Straßenverkehrsunfälle

Jahr	Anzahl der Kfz, Monatsdurchschnitt	Unfälle mit Personenschaden	Insgesamt
1953	58320	241174	452579
1954	61733	257506	501979
1957	65511	286659	644326
1958	73997	284609	715453
1959	86062	314652	804915
1960	108928		

Noch plastischer wird das gebotene Zahlenmaterial bei einem Vergleich der Anzahl der Sterbefälle nach Kfz-Unfällen, nach sonstigen Unfällen und nach der Tuberkulose (Tabelle 5).

Das Unfallgeschehen ist außerdem wesentlich abhängig von der Verkehrsdichte, d. h. also, von den Fahrleistungen und der Straßendichte. Wir erreichen

Tabelle 3.
Gesamtzahl der Kraftfahrzeuge

Jahr	Anzahl
1954	4699537
1955	5184173
1956	5572779
1957	6137190
1958	6498448
1959	7008626
Juli 1960	bereits 7797256
dazu kommen	2160000 Mopeds

Tabelle 4.
Prüfungen für die Fahrerlaubnis

Jahr	Anzahl
1954	849993
1955	895097
1956	967930
1957	1041586
1958	1139445
1959	1270468

Tabelle 5.

Jahr	Sterbefälle nach		
	Kfz-Unfällen	Sonstigen Unfällen	Tbe
1954	10410	16087	10110
1955	11623	16956	10039
1956	12211	17371	9694
1957	11894	17318	9465
1958	11318	16886	8910

heute schon außer in sämtlichen kreisfreien Städten des Bundesgebietes in einigen Landkreisen die Größenordnung von 40 m und weniger Straßenlänge je Fahrzeug. In einer beträchtlichen Anzahl weiterer Landkreise werden in den nächsten 10 Jahren ebenfalls nur noch 40 m und weniger Straßenlänge zur Verfügung stehen. In dieser Zeit ist

demnach auch wegen der wachsenden Verkehrsdichte mit einem Ansteigen der Zahl der Unfälle zu rechnen. Es ist also vorauszusehen, daß die sich aus Tabelle 6 ergebenden Unfallursachen in der Person der Führer von Fahrzeugen, in den Fahrzeugen, den Fußgängern, den Straßenverhältnissen und Witterungseinflüssen in ihrem Zahlenbild auch aufwärts entwickeln werden.

Gegenüber dem Jahre 1953 ergeben sich für 1958 und 1959 die in Tabelle 7 zusammengefaßten Veränderungen.

Die größte Zunahme war bei den in der Person der Führer von Fahrzeugen liegenden Ursachen festzustellen. Es folgen die Ursachen bei Fußgängern, dann erst die Ursachen bei Fahrzeugen und ihrer Ladung. Bei den anderen Ursachenarten waren Abnahmen zu verzeichnen. Die Aufgliederung der Ursachen bei den Führern von Fahrzeugen nach der Unfallart vermittelt ein eindrucksvolles Bild wachsenden menschlichen Fehlverhaltens. Gegenüber dem Jahre 1953 erhöhte sich die Häufigkeit der in Tabelle 8 genannten Unfallarten.

Die Ursachen „Fahrer unter Alkoholeinfluß“ und „übermäßige Geschwindigkeit“, die mit zu den schwersten Unfällen führen, weisen da nach gegenüber 1953 die höchsten Zunahmen auf. Wir sind damit bei der im Rahmen des Themas wichtigsten Unfallursache, dem menschlichen Versagen.

Die bisher erwähnten statistischen Ermittlungen ergeben zu dieser Ursachengruppe keine Angaben zum unmittelbaren Anlaß des jeweiligen Fehlverhaltens. Sie lassen nicht erkennen, wie weit es Folge körperlicher, geistiger oder charakterlicher Mängel war. Wir bemerken lediglich, daß z. B. im Jahre 1959 das Fehlverhalten von Führern von Fahrzeugen in 73,9 v. H. Unfallursache, das Fehlverhalten von Fußgängern in 12,8 v. H., insgesamt das menschliche Versagen also in 86,7 v. H. aller Unfälle mit Personenschaden primäre Unfallursachen gewesen sind.

Bemüht haben sich um genauere Definition des Begriffes „menschliches Versagen“ die statistischen Untersuchungen von E. MEYER, München, und E. JACOBI, Hamburg/München. Diese Untersuchungen

Tabelle 6. *Polizeilich festgestellte unmittelbare Ursachen bei Unfällen mit Personenschaden (Bundesgebiet ohne Berlin)*

Ursachen bei	1958 v. H.	1959 v. H.
Fahrzeugführern	71,8	73,9
Fahrzeugen (techn. Mängel)	2,6	2,8
Fußgängern	14,0	12,8
Straßenverhältnissen . . .	8,2	7,2
Witterungseinflüssen . . .	1,6	1,8
Andere Unfallursachen . .	1,8	1,5
Unfallursachen insgesamt	100,0	100,0

Tabelle 7. *Veränderungen der Unfallursachen gegenüber dem Jahre 1953*

Ursachen bei	1958 %	1959 %
Führern von Kfz. . .	+ 31,6	+ 49,4
Fahrzeugen und ihrer Ladung	— 7,9	+ 9,5
Fußgänger	+ 27,2	+ 30,8
Witterungseinflüsse . .	— 27,9	— 28,6
Straßenverhältnissen .	— 23,2	— 33,1
Anderen Einflüssen . .	— 13,4	— 12,9

Tabelle 8. *Veränderung der Ursachen bei den Fahrzeugführern gegenüber dem Jahre 1953*

	1958 %	1959 %
Nichtbeachten der Vorfahrt . .	+ 6,1	+ 17,7
Falsches Einbiegen, Wenden . .	+ 24,6	+ 44,2
Überhöhte Geschwindigkeit . .	+ 52,0	+ 75,7
Alkoholeinfluß	+ 99,7	+ 140,2

befaßten sich mit der Auswertung von etwa 145 000 Verkehrsakten aus dem Jahre 1957. Es wurden 7 Hauptverkehrsdelikte herausgestellt und als primäre Unfallursachen angesehen (Tabelle 9).

Das uns interessierende Fahrtauglichkeitsproblem ist auch damit nicht entscheidend angesprochen. Die für das menschliche Versagen festgestellten „inneren Gründe“ sind im wesentlichen Bestandteile einer juristisch gesehenen Kausalreihe. Sie haben keinen psychiatrisch-psychologischen Aussagewert und berücksichtigen ebenso wenig medizinische Aspekte. Für den Verkehrsmediziner und den Verkehrspsychologen sind auch sie Sekundärerrscheinungen und nicht primäre Ursache unfall-

Tabelle 9. *Verteilung der Ursachen bei den Kraftfahrzeugführern*

	%
Rückwärtsfahren	26,80
Richtungsänderung	15,70
Vorfahrtsverlegung	12,79
Auffahren auf den Vordermann . .	30,33
Überholen	7,02
Nichtrechtsfahren	5,12
Unangemessene Geschwindigkeit .	2,24
	100,00

verursachenden Fehlverhaltens. Obwohl keine Statistik darüber Aufschluß gibt, sind derartige primäre Ursachen der interessierten Öffentlichkeit bekannt. Immer mehr Arbeiten widmen sich den Auswirkungen physiologischer und psychologischer Ausfälle auf die Fahrfertigkeit, und es kann festgestellt werden, daß die

Ergebnisse bereits in den zuständigen Verwaltungen nutzbar gemacht werden. Der Wirkungsbereich liegt dabei im wesentlichen im Verfahren vor der Erteilung der Fahrerlaubnis und bei der Überprüfung von Fahrzeugführern, die wiederholt grob gegen die Verkehrsvorschriften verstoßen haben oder des öfteren an Verkehrsunfällen schuldhaft beteiligt waren. Die bisher gewonnenen Erfahrungen werden weiter nutzbar gemacht in der Anwendung gegen Kfz-Führer, bei denen der begründete Verdacht besteht, daß sie wegen irgendwelcher Mängel nicht mehr als geeignet zur Führung von Kfz angesehen werden können. Die zuständigen Verwaltungsbehörden sind eingehend unterrichtet über die Mängel körperlicher oder geistig-seelischer Art. Es sind dabei insbesondere Merkmale bekanntgegeben worden für vorübergehende Fahruntauglichkeit und dauernde Ungeeignetheit. Als Ursache für eine *vorübergehende Ungeeignetheit* werden folgende Erkrankungen angegeben:

1. allgemeiner schlechter Körper- und Kräftezustand, Anämie;
2. Gesundheitsstörungen durch Dysregulation;
3. vorübergehende Blutdruckanomalien — Hypotonie, systolisch unter 100 mm Hg, Hypertonie, systolisch über 160 mm Hg;
4. Durchblutungsstörungen des Herzens;
5. Rhythmusstörungen des Herzens ohne echte Herzmuskelschädigung;
6. Tuberkulose, soweit sie noch nicht 2 Jahre mit Sicherheit ausgeheilt ist;
7. asthmatische Zustände, Heuschnupfen;

8. vorübergehende Erkrankungen der Verdauungsdrüsen;
9. vorübergehende Formen endokriner Störungen;
10. exogene Psychosen;
11. Beeinträchtigung der Geistesfunktion durch Medikation, Alkoholabusus;
12. Zustand nach Commotio;
13. periphere Lähmungen mit Beeinträchtigung der Gebrauchsfähigkeit der Gliedmaßen;
14. akute Augenerkrankungen;
15. akute Erkrankungen der Ohren und Nasennebenhöhlen;
16. vorübergehende Bewegungseinschränkung wichtiger Gelenke, Muskelrheumatismus;
17. Schwangerschaft.

Zu dauernder Ungeeignetheit sollen danach folgende Erkrankungen führen:

1. schwere anhaltende vegetative Dysregulation;
2. dauernde Blutdruckanomalien — Hypotonie, systolisch unter 100 mm Hg, Hypertonie, systolisch über 160 mm Hg;
3. zu Dekompensation neigende Herzklappenfehler und Herzmuskelschädigungen;
4. Zustand nach Herzinfarkt und bleibende Veränderungen der Coronarien;
5. schwerwiegende sklerotische oder sonstige Erkrankungen der Aorta oder der peripheren Gefäße;
6. noch nicht ausgeheilte, insbesondere fakultativ offene Tuberkulose;
7. schweres Asthma bronchiale und schwere Formen der chronischen Bronchitis, Allergie für Benzin, Schmieröl und -fett;
8. rezidivierende Erkrankungen des Magen- und Darmtractus, Ulcuskrankheit;
9. chronische Erkrankungen der Verdauungsdrüsen;
10. schwere und chronische Erkrankungen der Nieren an den ableitenden Harnwegen;

Zweiradfahrzeuge:

- rezidivierende Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege;
11. Diabetes mellitus (alle Formen und Grade);
 12. bleibende Formen endokriner Störungen;
 13. endogene Psychosen und alle Formen der Epilepsie, Psychopathie und schwere Neurose;
 14. Suchterkrankungen;
 15. Hirnoperierte und Hirngeschädigte;
 16. Cerebralsklerose, Hirnatrophie, Präsenilität;
 17. zentrale Gleichgewichtsstörungen;
 18. erhebliche Herabsetzung des Sehvermögens;
 19. Störung der Farbentüchtigkeit, Nachtblindheit;
 20. Einäugigkeit, Linsenlosigkeit und starkes Schielen;
 21. Minderung der Umgangssprache unter 5 m, der Flüstersprache unter 3 m;
 22. dauernde Bewegungseinschränkung wichtiger Gelenke, Schwächezustände von Muskelgruppen;
 23. schwere degenerative und chronisch-entzündliche Prozesse an der Wirbelsäule;
 24. chronische Erkrankung der weiblichen Unterleibsorgane.

Die zuständigen Verwaltungsstellen sind weiter auf die Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit dem zuständigen Amtsarzt, den medizinisch-

psychologischen Untersuchungsstellen und den Instituten für gerichtliche Medizin hingewiesen worden.

Voraussetzung für die Anwendung der ergangenen Weisungen ist jedoch, daß die zuständigen Verwaltungen auf das Erfordernis einer medizinischen oder medizinisch-psychologischen Eignungsuntersuchung aufmerksam gemacht werden. Dazu bedarf es der Mitwirkung eines Sachverständigen. Sachverständig ist in diesem Zusammenhange letzten Endes nur der *Arzt*. Der Arzt kann sich, veranlaßt durch das Ergebnis einer Untersuchung, also vor die Frage gestellt sehen, ob er eine die Fahrtauglichkeit seines Patienten berührende Erkrankung im Interesse der Sicherheit des Straßenverkehrs einer der zuständigen Verwaltungsstellen weitergeben muß, um dadurch eine medizinisch-psychologische Untersuchung auf die Fahrtauglichkeit auszulösen. Da bei der dargestellten Entwicklung des Straßenverkehrs durch eine Fahruntauglichkeit des Verkehrsteilnehmers immer die Gefahr der Schädigung an Leib und Leben besteht, die im übrigen nicht nur den Untauglichen selbst, sondern auch Dritte bedroht, kann der Arzt die Frage, ob er offenbaren soll oder nicht, im Rahmen einer Güterabwägung immer bejahen, ohne sich strafbar zu machen. Er wird sich jedoch im Regelfalle darauf beschränken, seinen Patienten zu belehren und im übrigen nicht im Interesse der Allgemeinheit tätig zu werden. Für den Amtsarzt gilt dies nur unter besonderen Umständen, wie bereits von MUELLER und KOHLHAAS ausführlich berichtet, da bei einer Untersuchung durch den Amtsarzt gewöhnlich kein echtes Arzt-Patient-Verhältnis zustande kommt. Dem Arzt in der Praxis kann das Bestreben, die Schweigepflicht zu wahren, nicht zum Vorwurf gemacht werden, weil es dem Verhalten entspricht, das der Tatbestand des § 300 StGB erzwingen will. Es entspricht im übrigen auch der Entwicklung des § 300 StGB in der Gesetzgebung nach dem Zusammenbruch im Jahre 1945. Durch die Neufassung des § 300 im 3. Strafrechtsänderungsgesetz ist die ärztliche Schweigepflicht wieder stärker betont und damit gleichzeitig dem ärztlichen Schweigerecht unter Einschränkung entgegenstehender öffentlicher Interessen eine verstärkte Wirkungsmöglichkeit eingeräumt worden. In diesem Zusammenhang muß auch auf die Neufassung des § 139 StGB, in welchem der Arzt dem Angehörigen gleichgestellt wird, hingewiesen werden.

Auch die festgestellte bedrohliche Abnahme der Verkehrssicherheit kann im Augenblick eine entgegengesetzte Entwicklung des § 300 StGB nicht rechtfertigen.

Wir haben noch andere Möglichkeiten, der wachsenden Verkehrsgefahr zu begegnen. Zu diesen Möglichkeiten gehört m. E. zwar nicht die immer wieder geforderte Pflichtuntersuchung vor der Erteilung der Fahrerlaubnis durch einen Amtsarzt oder durch ein medizinisch-psychologisches Institut. Ein derartiges Verfahren läßt sich nicht realisieren.

Wir verfügen im Bundesgebiet über 496 Gesundheitsämter und über wenige medizinisch-psychologische Untersuchungsstellen, denen bereits im Jahre 1959 eine Anzahl von 1,2 Millionen Führerscheinbewerbern gegenüberstand. Die zur Feststellung der Verkehrstauglichkeit erforderlichen Untersuchungen würden etwa 2—3 Std pro Person in Anspruch nehmen. Hinzu kommt, daß eine derartiges Untersuchungsverfahren unvollkommen wäre, wenn man es nicht auf die bereits vorhandenen Führerscheininhaber ausdehnen und außerdem Nachuntersuchungen vorsehen würde, um alle die Veränderungen zu erfassen, die entwicklungsgemäß durch altersmäßigen Abbau und ähnliche Gründe mit Sicherheit eintreten.

Möglich wäre es aber, daß besonders gefährdete Jahrgangsgruppen von Pflichtuntersuchungen — sei es vor Erteilung des Führerscheins oder aus Kontrollgründen nach Erteilung des Führerscheins — erfaßt würden. Ein derartiges Verfahren wird bereits praktiziert. Auf Grund bestehender Anweisungen haben die zuständigen Verwaltungen zu unterstellen, daß bei besonders jugendlichen Personen und bei Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, amtliche Zweifel an der Fahrtauglichkeit vorliegen. In diesen Fällen wird dann der Führerschein im allgemeinen nur nach Vorlage eines amtsärztlichen oder fachärztlichen oder eignungstechnischen Gutachtens erteilt. Die Verwaltungen sind weiter angewiesen, das Vorliegen geistig-seelischer Mängel immer dann anzunehmen, wenn sie bereits zu einschlägigen kriminellen Handlungen geführt haben. Zu diesen kriminellen Handlungen gehören vor allem Rohheitsdelikte, Eigentumsdelikte, in Strafverfahren festgestellte Rauschgiftsucht oder ermittelter Alkoholmißbrauch. Eine wesentliche Zahl potentieller Verkehrssünder kann ausgeschaltet werden, wenn man dieses Verfahren gesetzlich zur Pflicht machen würde.

Ungenutzte Möglichkeiten liegen weiter noch in der praktischen Handhabung des Verkehrsstrafrechts. Aus den Erfahrungen von Ländern mit viel weitgehenderer Motorisierung ist zu entnehmen, daß eine durchgängig strenge Bestrafung das wirkungsvollste Mittel gegen das menschliche Versagen ist, das als Gleichgültigkeit oder Charakterlosigkeit oder erhebliche Charakterschwäche ohne medizinisch beachtliche oder faßbare Grundursachen regelmäßig zu Verkehrsunfällen führt.

Zusammenfassung

Die in hohem Maße alarmierende Situation im Straßenverkehr wird an Hand der Ergebnisse statistischer Untersuchungen dargestellt.

Die in der Person der Führer von Kraftfahrzeugen liegenden Ursachen für den Verkehrsunfall stellen den Hauptanteil dar. In 86,7 v. H. aller Unfälle mit Personenschaden hat menschliches Versagen den Verkehrsunfall herbeigeführt.

Der Arzt kann die Frage, ob er eine die Fahrtauglichkeit seines Patienten berührende Erkrankung einer der zuständigen Verwaltungsstellen mitteilen muß, im Rahmen einer Güterabwägung immer bejahen, ohne sich strafbar zu machen. Er sollte sich jedoch darauf beschränken, seinen Patienten zu belehren und seine Schweigepflicht im Interesse eines ungetrübten Arzt-Patient-Verhältnisses zu wahren.

Literatur

- DALCKE, A.: Strafrecht und Strafverfahren, S. 316—318, zu § 300 StGB. Berlin 1955.
- KOHLHAAS, M.: Die Schweigepflicht des Amtsarztes. Öff. Gesundheits-Dienst H. 8, 295 (1958).
- Ärztliche Schweige- und Offenbarungspflicht bei kranken Kraftfahrern. Hefte Unfallheilk. H. 56, 209—213 (1958).
- MEYER, E., u. E. JACOBI: Typische Unfallursachen im deutschen Straßenverkehr. Veröffentlichung des Kuratoriums „Wir und die Straße“, Bad Godesberg, und des HUK-Verbandes e. V., Hamburg 1959, Bd. I.
- MUELLER, B.: Die Schweigepflicht des Amtsarztes. Öff. Gesundheits-Dienst H. 8, 306 (1958).
- STIEFEL, E.: Verkehrsgefährdungen im amerikanischen Straf- und Strafprozeßrecht. Veröffentlichung des Kuratoriums „Wir und die Straße“, Bad Godesberg, und des HUK-Verbandes e. V., Hamburg 1959, Bd. II.
- Der Minister für Wirtschaft und Verkehr: Der Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen im Vergleich mit dem Bundesgebiet, Nr 47, Juli 1960, Jahresbericht 1959. Statistisches Bundesamt: Wirtschaft und Statistik, 12. Jahrg., H. 3, 4, 5 1960.
- Der Innenminister des Landes Nordrhein-Westf.: Runderlaß vom 8. 5. 1958, IV C 6 Tgb Nr. 1312/58 — Ziff. 2, Abschn. a.
- Der Minister für Wirtschaft und Verkehr des Landes Nordrhein-Westf.: Runderlaß vom 31. 6. 1956, IV B 2/32 — 16 III MBI NW 1956, S. 336.
- Der Minister für Wirtschaft und Verkehr des Landes Nordrhein-Westf.: Runderlaß vom 26. 1. 1959, IV B — 21 — 02 — 4/59 MBI NW 1959, S. 271.
- Kraftfahrt-Bundesamt: Statistische Mitteilungen des Kraftfahrt-Bundesamtes und der Bundesanstalt für den Güterfernverkehr. Flensburg, 1. E.-Heft, 1960.

Professor Dr. E. TRUBE-BECKER, Düsseldorf, Moorenstr. 5
Institut für gerichtliche Medizin der Medizinischen Akademie

J. HERBICH (Wien): Die Verteilung der Blutfaktoren S-s in der Bevölkerung von Wien und Umgebung.

20 Jahre nach der Entdeckung der Blutkörperchenmerkmale M und N wurde durch RACE und SANGER 1947 ein zu diesem System gehörendes neues Merkmal, das Antigen S bekannt, und zwar über einen Antikörper, den WALSH und MONTGOMERY im Serum einer Frau mit einem Erythroblastosekind gefunden hatten.

1951 wurde von LEVINE, KUEHMICHL, WIGOD und KOCH ein Anti-s-Serum entdeckt, mit dem das zweite Allel dieses Systems in der durch