

wirtschaftliche Fehlleistung eines Unternehmers zum Verlust seiner selbständigen wirtschaftlichen Existenz. Nur in der freien Marktwirtschaft spielt der Begriff „Risiko“ eine Rolle; es ist dies die innere Seite des kaufmännischen Wagens, das nicht mit dem typisch krankhaften Optimismus des Bankrotteurs verwechselt werden darf. Das Risiko ist Begriffsmerkmal der Unternehmereigenschaft, ihm entspricht die Risikoprämie als Bestandteil des Unternehmerlohns. Eine Überspannung des Risikos führt zum Va-banque-Spiel; der Hasardeur geht über das vernünftige Maß an Risiko hinaus. Hierin liegt die kriminalistische Bedeutung allen um das Risiko zu gruppierenden Handelns. Die Nichtbeachtung von Umständen, die verständigerweise einzukalkulieren sind, führt zu Gefahrenlagen mit der Folge der Zahlungsunfähigkeit. In derartigen Fällen kann nicht auf das durchschnittliche Können einer idealen Normfigur zurückgegriffen werden, sondern es wird bei der Lösung der auftretenden Fragen die Zumutbarkeit unter Berücksichtigung aller wichtigen Begleitumstände das Hauptkriterium bieten. Unter Risiko ist vorwiegend die Ungewißheit zu verstehen, bei künftigen geschäftlichen Unternehmungen Verluste zu erleiden. Verf. scheidet das Phänomen Risiko in ein nicht meßbares allgemeines und in ein meßbares, spezielles Wagnis, wobei zum letzteren etwa das Gewährleistungsrisiko, das Ausschußrisiko und dgl. zählen. Das nicht meßbare, allgemeine Risiko ist weder kalkulierbar noch versicherbar, der Gegenwert liegt im Unternehmergewinn; zu ihm gehören z.B. Störungen des Wirtschaftslebens aus der Politik heraus, der technische Fortschritt durch neue Erfindungen. Das meßbare, spezielle Wagnis ist meß- und kalkulierbar und demgemäß versicherungsfähig. Es ist eine bewährte Maßnahme, dem Risiko zu begegnen, wenn das Risiko weitgehend verteilt und aufgespalten wird; darin liegt die Sicherheit der Investmentgesellschaften. Die Risikoverhältnisse eines Unternehmens können bei geschäftlichen Maßnahmen, insbesondere bei der Beschaffung von Darlehen, eine große Rolle spielen, werden dadurch zu Betätigungsfeldern für mannigfache Täuschungshandlungen und gewinnen damit kriminalistische Bedeutung. Werden Risiken, die einen bilanzkundigen Geldgeber unter Umständen von der Kreditgewährung abhalten könnten, durch entsprechende Manipulationen unkenntlich gemacht, so kommt es zu bewußten und damit kriminalistisch bedeutsamen Verstößen gegen die sachlichen Grundsätze der Ordnungsmäßigkeit des kaufmännischen Rechnungswesens; durch Umschachtelungen und Verschönerungen von Bilanzposten lassen sich die Rentabilitäts- und Risikoverhältnisse einer Bilanz weitgehend verschleiern. Verf. stellt dies an einigen Beispielen dar. Die zum Zwecke des Kreditbetruges vorgenommene Risikofälschung ist keine Verletzung des Prinzips der Bilanzwahrheit, sondern — jedenfalls in den dargestellten Beispielen — der Bilanzklarheit.

KONRAD HÄNDEL (Karlsruhe)

Kunstfehler, Ärztereht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

● Wolfgang Spann: **Ärztliche Rechts- und Standeskunde.** München: J. F. Lehmanns 1962. XX, 378 S. Geb. DM 44.—.

Ärztliche Rechts- und Standeskunde ist niedergelegt in Loseblattausgaben, die aber meist nur den Text der Gesetze und Verordnungen mit Anmerkungen bringen; die einschlägigen Monographien von SCHULTEN (Der Arzt), von KOENIGSFELD (Ärztliches Rechtsprevier), von THIEDING (Der Arzt im Fegefeuer der Massen) bringen im großen und ganzen Stellungnahmen oder auch Richtlinien für die Ausbildung. Auf Gesetzestexte wird hier im allgemeinen nicht bezug genommen. Der Kommentar der gerichtlichen Medizin von STEFFEN P. BERG ist in der Darstellung der Standes- und Gesetzeskunde äußerst kurz und eignet sich zur Vorbereitung auf die ärztliche Prüfung nur im Zusammenhang mit der Vorlesung. Verf. hat die bestehende Lücke mit Geschick ausgefüllt und uns ein Buch vorgelegt, das sich auf die bestehenden Gesetze, Verordnungen, Entscheidungen und auf das exakt zitierte Schrifttum stützt. Der Text ist leicht lesbar, und zwar auch für diejenigen, dem Rechtsbegriffe nicht geläufig sind; doch kann andererseits von einer Popularisierung des Textes keine Rede sein. Verf. bleibt objektiv, bei unklarer Rechtslage bespricht er das Für und Wider und sucht nach einer herrschenden Meinung. In jedem Falle erhält der Leser auch bei zweifelhafter Rechtslage eine brauchbare Antwort. — Bezüglich der Leichenschau möchte Ref. anregen, bei einer weiteren Auflage auf den Unterschied zwischen Bezirksleichenschau in Süddeutschland und freier Leichenschau in Norddeutschland hinzuweisen. Die Meldeordnung, die dem Krankenhausarzt schwer tragbare Verpflichtungen auferlegt, wird mit Recht als grundgesetzwidrig bezeichnet. Die möglichen Schwierigkeiten bei der heterologen Insemination kommen tabellenmäßig klar heraus. Daß der Medizinalassistent die Doktorwürde erwerben kann, wird bejaht, aber doch erwähnt, daß rechtliche Schwierigkeiten noch nicht ganz überwunden sind. Kausalzusammenhang zwischen der Unterlassung der Injektion von

Tetanusantidoxin und dem Tode an Wundstarrkrampf wird sich nach Meinung des Verf. kaum je beweisen lassen. Das Buch bringt auch eine Darstellung der Stellung des Gutachters im Zivilrecht, Strafrecht und Sozialrecht, der gesetzlichen Bestimmungen zur Verhinderung von Suchten, eine Abhandlung über das Berufsgerichtsverfahren mit Beispielen von Urteilen, eine Abhandlung über das Testament und über das Eherecht und schließlich noch den Wortlaut der kürzlich erlassenen Bundes-Ärzteordnung. — Das Erscheinen des Buches muß begrüßt werden. Wer auf diesem Gebiete unterrichten muß, wird es gern zu Rate ziehen; es erspart das Zusammenholen von Gesetzestexten. Der Arzt der Praxis und des Krankenhauses wird beim Nachschlagen das finden, was er braucht, und auch der Student der Medizin wird zur Vorbereitung auf die Prüfung von der Lektüre dieser oder jener Abschnitte Nutzen haben. Unvermeidlich ist, daß bei der immer noch anhaltenden Gesetzesflut einzelne Abschnitte schnell veralten könnten: es wäre zu wünschen, daß Neuauflagen in verhältnismäßig rascher Folge möglich sind. B. MUELLER (Heidelberg)

● **Friedrich Thieding: Der Arzt im Fegfeuer der Massen.** Stuttgart: Hippokrates-Vlg. 1961. 154 S. DM 10.80.

Der Name des Verf. ist uns aus der Arbeit der ärztlichen Berufsorganisation und aus dem Schrifttum bekannt. In der vorliegenden Monographie setzt er sich unter zustimmender oder ablehnender Berücksichtigung der Schriften von Ärzten, die sich mit den gleichen Themen beschäftigen (SCHULTEN, MIELKE und MITSCHERLICH, SIEGMUND, LIEK, W. HELLPACH, v. WEIZSÄCKER, G. B. GRUBER, A. JORES, Th. v. UEXKÜLL u. a.) mit den Schwierigkeiten auseinander, mit denen der Arzt angesichts der Vermassung der Menschen, der Zunahme der Organisationen und der manchmal in Deutschland bestehenden Sucht, alles, aber auch alles durch Gesetzesverordnungen zu regeln, fertig werden muß. Das Ideal bleibt der „königliche Arzt“, der nach seinem Gewissen und nach seiner Intuition handelt, der Naturwissenschaftler und Künstler zugleich sein muß. Die Monographie erschöpft sich nicht in der Betrachtung von Grundsätzen, sondern bringt reale Unterlagen: Der Arzt wird sich damit abfinden müssen, daß sich in das theoretisch zweiseitige Verhältnis zwischen Arzt und Patient immer wieder ein Dritter einmisch, nämlich die soziale Gemeinschaft. Bei der Besprechung der Tätigkeit der ärztlichen Organisationen wird der Unterschied zwischen einem eingetragenen Verein und einer Körperschaft öffentlichen Rechts für den Leser in sehr klarer Form herausgestellt. Der Arzttitel muß auch weiterhin geschützt werden; ein Zweiklassensystem zu schaffen (SCHULTEN), nämlich einen Gebrauchsarzt mit abgekürzter Ausbildung und daneben einen wissenschaftlich qualifizierten Arzt, hält Verf. für abwegig; der „Feldscher“, wie er in Rußland besteht, soll hier nicht eingeführt werden. Die Bundesärztekammer führt ihren Namen — so vermerkt Verf. — eigentlich zu Unrecht; sie ist ein freiwilliger Zusammenschluß der Ärztekammern, also ein Verein auf freiwilliger Grundlage: es besteht sogar die theoretische Möglichkeit, daß diese oder jene Landesärztekammer austritt. Verf. tritt auch nicht für Einmischung des Bundes zu diesen Fragen ein. Daß es Kassenärzte gibt, wird auch in Zukunft unvermeidlich sein, doch wird erörtert, ob man nicht das französische System auf der Grundlage der privaten Krankenversicherung einführen solle. Der junge Arzt wird der Schrift gern entnehmen, welche Kosten zur Zeit für eine ärztliche Einrichtung aufgebracht werden müssen (DM 22000 im Jahre 1954). Die Krankenhausbehandlung ist allzusehr eine Gemeinschaftsbehandlung. Der Kranke spricht nachher nur vom Krankenhaus, in dem er gelegen hat, und kennt gar nicht den Namen seines Stationsarztes (dies widerspricht allerdings den bei Explorationen gesammelten Erfahrungen des Ref.). Daß es in den Berufsorganisationen sog. Funktionäre gibt, ist nach Auffassung des Verf. unvermeidlich. Wer bei der Arbeit in den Berufsorganisationen (für manchen ist dies ein Hobby) soviel Zeit aufwenden muß, daß die ärztliche Tätigkeit leidet, der sollte auch entschädigt werden, man sollte nach dieser Richtung hin auch nicht kleinlich sein. — Die Monographie wird von Ärzten der Praxis und der Krankenhäuser und auch von jenen Ärzten, die sich in Vorträgen und Unterricht mit ärztlichen Standesfragen beschäftigen, gern und mit großem Nutzen gelesen werden. Der werdende Arzt wird bei der Lektüre insofern gewisse Schwierigkeiten haben, als zum Verständnis die Grundlagen der ärztlichen Standeskunde erforderlich sind. Erst wenn er diese kennt, wird er den Inhalt der Monographie mit großem Interesse zur Kenntnis nehmen. B. MUELLER (Heidelberg)

● **Arthur Kaufmann: Die eigenmächtige Heilbehandlung.** (Sonderdr. a. Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswiss. Bd. 73, S. 341—384). Berlin: Walter de Gruyter & Co. 1961. DM 6.—.

Der Verf. behandelt ausführlich und mit eingehenden Literatur- und Rechtsprechungshinweisen die Frage der eigenmächtigen Heilbehandlung und im Zusammenhang damit das Problem

der ärztlichen Aufklärungspflicht. Er weist darauf hin, daß sich „unser Verständnis vom Beruf des Arztes wie auch vom Beruf des Richters... gegenwärtig in einer ernsten Krise“ befindet und „es schwerlich in der Frage der ärztlichen Aufklärungspflicht und damit der eigenmächtigen Heilbehandlung zu einem Friedensschluß kommen“ wird, „solange diese Krise nicht überwunden ist“. KAUFMANN weist dann nach, daß den Bestrebungen mancher Ärzte, die die alleinige Entscheidung über die Zulässigkeit einer ärztlichen Maßnahme für sich in Anspruch nehmen und die richterliche Nachprüfung ablehnen, entschieden entgegen zu treten ist, und zeigt danach auf, daß der der Rechtsprechung gemachte Vorwurf des Formalismus „nur sehr bedingt und jedenfalls nicht grundsätzlich berechtigt“ ist. Nach Auffassung des Verf. trennt nicht eine verschiedene Denkweise Ärzteschaft und Gerichte voneinander, „sondern die Tatsache, daß man in der Sache uneinig ist. Es geht um das Rangverhältnis der Werte „personale Selbstbestimmung“ auf der einen und „Leben, Gesundheit, Wohlergehen“ auf der anderen Seite“. In diesem Zusammenhang wendet sich KAUFMANN insbesondere dagegen, daß der Arzt nur noch als „Gesundheitsingenieur“ angesehen wird, der alles machen könne, dürfe, müsse, was ihm geeignet erscheint, „die Gesundheit des Kranken im technischen Sinne wieder zu reparieren“. Nach seiner Meinung muß der Arzt „vielmehr, jedenfalls in den ernsten Krankheitsfällen,... auch geistige Hilfe leisten. Das wird aber in aller Regel nur möglich sein, wenn er mit dem Patienten auf dem Boden der Wahrheit verkehrt und wenn er dessen Selbstbestimmungsrecht achtet“. Infolgedessen kann nach Auffassung des Verf. „kein Zweifel bestehen, daß die personale Selbstbestimmung des Menschen gegenüber Leben, Gesundheit und Wohlergehen grundsätzlich der höhere Wert ist“ und kommt es bei einer Kollision dieser Güter darauf an, „welcher Grad der Verletzung des einen oder des anderen Gutes in Frage steht“. Allerdings sei hierbei aber zu beachten, daß der Arzt die Aufklärung des Patienten nicht deshalb unterlassen dürfe, weil eine Weigerung zu der — vielleicht lebensrettenden — Behandlung zu befürchten sei. „Die Vernünftigkeit und die Heilsamkeit einer ärztlichen Maßnahme sind als solche noch keine ausreichende Legitimation für sie“. Der Arzt hat keine „Vernunftloshheit“ über den Patienten. „Hat der Arzt den Patienten über die Folgen der Weigerung aufgeklärt, so hat er das seinerseits Erforderliche getan und trägt keine Verantwortung dafür, wenn der Patient bei seinem Willen beharrt, sich nicht behandeln zu lassen“. — Abschließend erörtert der Verf. noch einige weitere Fragen und Probleme der eigenmächtigen Heilbehandlung, insbesondere auch ihre rechtliche Beurteilung *de lege lata* und *de lege ferenda*.

GÜNTHER BRÜCKNER (Heidelberg)

● **Bundesärzteordnung mit Kassenarztrecht, Berufs-, Bestallungs- und Zulassungs-Ordnungen.** Im Lose-Blatt-System. Kommentar von Friedrich Etmer und Jürgen Bolek. München: R. S. Schulz 1962. DM 15.—.

Es handelt sich um eine Loseblatt-Ausgabe, was allerdings bei der schnellen Folge der Gesetzesänderungen, wie sie üblich geworden ist, unvermeidlich erscheint. Gebracht werden der Text der Bundesärzteordnung, danach ein Kommentar dazu, die Bestallungsordnung mit den Prüfungsbestimmungen, die Berufsordnung in der Fassung, in der sie vom 59. Deutschen Ärztetag beschlossen wurde, das Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde und schließlich das Kassenarztrecht. Die bekannte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 23. 3. 60 für Ärzte und vom 8. 2. 61 für Zahnärzte wird im Kommentar zu den gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigt. Der Wortlaut der Zulassungsordnung ist der gleiche geblieben. Sollte die Ausgabe ergänzt werden, so mag der Vorschlag gestattet sein, daß auch die Facharztordnung aufgenommen wird. Die Ausgabe eignet sich zum Nachschlagen in Einzelfällen und bei der Unterrichtstätigkeit.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Arzneimittelgesetz. Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln.** Kommentar von Friedrich Etmer und Jürgen Bolek. München: R. S. Schulz 1961. XXIX. 166 S. Geb. DM 22.70.

Das Arzneimittelgesetz vom 16. 5. 61 (BGBl. I, 533) entspricht dringender Notwendigkeit und mußte von vorneherein der Entwicklung in 6 Jahrzehnten Rechnung tragen, die dazu führte, daß das Monopol der Arzneimittelherstellung von den Apotheken auf pharmazeutische Industriebetriebe übergegangen ist und daß den Arzneien im eigentlichen Sinne heute Vorbeugungs-, Stärkungs-, kosmetische und Anregungsmittel in großer Zahl zur Seite stehen, die an den gesunden Menschen gerichtet sind. So hat der Arzneimittelbegriff — früher „Stoffe und Zubereitungen zur Verhütung, Linderung oder Beseitigung von Krankheiten, Leiden, körperlichen Schäden oder Beschwerden bei Mensch und Tier“ — in § 1 begrüßenswerterweise eine neue und erschöpfende Definition gefunden, bei der (im Gegensatz zum Vorschlag des Bundesrats) eine

zusätzliche Negativdefinition nicht umgangen wurde: Arzneimittel sind Stoffe und Zubereitungen, die dazu bestimmt sind, durch Anwendung am oder im menschlichen oder tierischen Körper die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktionen des Körpers erkennen zu lassen oder zu beeinflussen, vom menschlichen oder tierischen Körper erzeugte Wirkstoffe oder Körperflüssigkeiten zu ersetzen oder Krankheitserreger, Parasiten oder körperfremde Stoffe zu beseitigen oder unschädlich zu machen. Ausgenommen sind ärztliche Instrumente, Nahtmaterial, Verbandstoffe und weiterhin Lebensmittelzusätze und Mittel zur Reinigung und Pflege des Körpers und der Mundhöhle und zur Färbung und Verschönerung der Haut, des Haares und der Nägel. Auch die folgenden Paragraphen bringen Begriffsbestimmungen, und zwar der „Stoffe“ im Sinne des Gesetzes (§ 2), der Sera (§ 3), der Arzneimittelspezialitäten (§ 4). Im zweiten Abschnitt (§§ 5–11) sind die Anforderungen an Arzneimittel festgelegt. Dazu gehört auch die Deklaration aller Bestandteile nach Art und Menge einschließlich Name oder Firma des Einführenden auf Behältnis und Umhüllung (§§ 9–11). Lösungsvermittler, Stabilisatoren und sonstige Konstituenten sind allerdings wegen der Schwierigkeiten bezüglich der Wahrung des Fabrikationsgeheimnisses von der Deklarationspflicht ausgenommen. Mit der Herstellung von Arzneimitteln befassen sich die §§ 12–19. Die Herstellungserlaubnis ist an die erforderliche Sachkenntnis gebunden. Diese setzt in jedem Falle voraus die Bestallung als Apotheker oder das Zeugnis über eine nach abgeschlossenem Hochschulstudium abgelegte Prüfung als Chemiker, Arzt, Zahnarzt, Tierarzt oder Biologe in Verbindung mit mindestens zweijähriger praktischer Tätigkeit in der Arzneimittelherstellung. Für die Erlaubnis zur Herstellung von Sera, Impfstoffen und Blut- und Serumkonserven bestehen erhöhte Anforderungen. Im vierten Abschnitt (§§ 20–26) über die Registrierung gilt das Prinzip, das Register über Arzneispezialitäten zentral beim Bund — dem Bundesgesundheitsamt — und nicht bei den Ländern zu führen. Die Verantwortung für Unschädlichkeit und Wirksamkeit liegt beim Hersteller. Die materielle Prüfung eines jeden Präparates durch den Bund ist nicht vorgesehen. Gefordert wird ein Bericht über Art und Umfang der pharmakologischen und ärztlichen Prüfung der Arzneispezialität und ihrer Ergebnisse einschließlich der festgestellten Nebenwirkungen. Der sechste Abschnitt (§§ 28–39) regelt die Abgabe von Arzneimitteln. Es bleibt im wesentlichen wie bisher, daß durch Rechtsverordnungen einerseits unbedenkliche Mittel für den Verkauf außerhalb der Apotheken freigegeben werden, freiverkäufliche dagegen in die Rezeptpflicht aufgenommen werden können. Nach § 34 Abs. 3 dürfen Hersteller, Großhändler usw. Muster an Ärzte nur auf jeweilige Anforderung abgeben. Die restlichen Abschnitte 7–10 (§§ 40–65) befassen sich mit Überwachung, Schweigepflicht, Straf- und Bußgeldvorschriften und Übergangs- und Schlußbestimmungen. — Der Kommentar bringt eine Gegenüberstellung der früheren und der neuen Gesetze und Hinweise auf parallel laufende gesetzliche Bestimmungen wie die Gewerbeordnung. Er ist fast unersetzlich zum Begreifen der Gesamtkonzeption des neuen Gesetzes, zumal in der Einführung ein Überblick gegeben wird über die Gesetzesvorbereitungen und -entwürfe.

RAUSCHKE (Stuttgart)

● **Arzneimittelgesetz. Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln.** Kommentar von Friedrich Etmer und Jürgen Bolek. Ergänzungsfg. 1. München: R. S. Schulz. 1961.

Die Ergänzung bringt nichts wesentlich Neues. Während das Spezialitätenregister vom Bundesgesundheitsamt geführt wird, obliegt den Ländern die Ausführung des Gesetzes.

RAUSCHKE (Stuttgart)

StGB § 230 (Rechtspflicht des Arztes zu Hausbesuchen). Ein Arzt hat auf Grund des Dienstleistungsvertrages mit seinem Patienten die Rechtspflicht, sich auf fernmündlichen Anruf des Patienten in dessen Wohnung zu begeben, um durch eine dort durchzuführende Untersuchung ein, soweit möglich, zutreffendes Bild von dem Zustand des Patienten zu erhalten und die danach erforderlichen ärztlichen Maßnahmen zu treffen. [BGH, Urt. v. 21. IV. 1961; 2 StR 78/61.] Neue jur. Wschr. 14, 2068–2069 (1961).

Eine Hebamme kam bei einer Geburt allein nicht zurecht und bat einen Gynäkologen der Praxis um einen Hausbesuch. Vom Gynäkologen war bekannt, daß er Hausbesuche meist ablehnte; erst auf erneutes Bitten erschien er geraume Zeit später. Es handelte sich um eine vorzeitige Placentarlösung. Der Arzt war von der Strafkammer wegen fahrlässiger Körperverletzung verurteilt worden. Das BGH stellte fest, daß jeder Arzt, auch ein Facharzt, der im allgemeinen keine Hausbesuche macht, zur Durchführung des Hausbesuches unter ähnlichen Umständen verpflichtet ist; der Senat hatte jedoch Bedenken, ob der Gynäkologe bei früherem Eintreffen die Diagnose wesentlich früher hätte stellen können.

B. MUELLER (Heidelberg)

Rolla B. Hill jr.: Fatal fat embolism from steroid-induced fatty liver. (Tödliche Fett-embolie ausgehend von einer durch Steroidbehandlung entstandenen Fettleber.) [Dept. of Path., Bridgeport Hosp., Bridgeport, Conn.] *New Engl. J. Med.* **265**, 318—320 (1961).

Es wird nach Ansicht des Verf. über den ersten Fall einer Fettembolie im Verlaufe einer Langzeitbehandlung mit Corticoiden berichtet. Es handelte sich um ein neunjähriges Mädchen, das anfänglich uncharakteristisch, später in typischer Weise — bestätigt durch die entsprechenden Laborbefunde — an einem rheumatischen Fieber erkrankt war. 11 Wochen nach Einsetzen der Behandlung mit Cortisonpräparaten, die zeitweise extrem hoch mit 80 mg Prednison und 200 mg Hydrocortison pro Tag dosiert worden waren, kam es plötzlich zu einer schweren Cyanose, Krampfanfällen, extremer Tachykardie und Cheyne-Stokesscher Atmung. Trotz aller sofort eingeleiteter Maßnahmen kam es 4 Std nach Einsetzen der ersten Krämpfe zu einem Herzstillstand, der auch unter Herzmassage nicht behoben werden konnte. Die Sektion des Kindes, bei dem sich ein starkes Cushing-Syndrom entwickelt hatte, ergab ein vergrößertes Herz mit einem Gewicht von 170 g (normal 130 g). Das Lebergewicht war auf 1500 g angestiegen (normal 800 g). Sie selbst erschien gelb mit zahlreichen Fetttropfen. In den angeschoppten und ödematösen Lungen fanden sich massenhaft Fettembolien, gleiche noch in den Nieren, der Milz, dem Pankreas, den Hirnhäuten und im Hirn selbst, das kein Übergewicht und kein Ödem erkennen ließ.

SCHMÖGER (Saarbrücken)^{oo}

J. Lassner: Zwischenfälle bei der Schmerzbetäubung in der zahnärztlichen Praxis. *Anaesthesist* **10**, 289—294 (1961).

Nach einer Übersicht der historischen Beziehungen der Zahnmedizin zur Entwicklung der verschiedenen Methoden zur Schmerzbetäubung und der Feststellung, daß in Europa heute der Zahnarzt sich zur Schmerzausschaltung hauptsächlich der Lokalanästhesie bedient, werden die verschiedenen Möglichkeiten von Zwischenfällen bei der Schmerzbetäubung in der zahnärztlichen Praxis unterteilt nach Zwischenfällen bei Lokalanästhesie und bei der Allgemeinbetäubung besprochen. Im einzelnen wird eingegangen auf Fehlindikation, fehlerhafte Durchführung, Reaktion des Patienten, allergische Reaktionen und toxische Erscheinungen. Schließlich werden die Besonderheiten der Narkose in der Zahnheilkunde, die Indikation der Narkose in der Zahnheilkunde und die Gefahren in der aktuellen Narkosepraxis und ihre Vermeidung erläutert.

SPANN (München)

F. Nicoletti: Su tre casi letali da penicillina. (Drei Todesfälle nach Penicillin.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Catania.] [16. Congr., Soc. ital. di Med. leg. e Assicuraz., Firenze, 26.—29. IX. 1959.] *Minerva med.-leg.* (Torino) **81**, 189—191 (1961).

Nach einer Übersicht über die bisher veröffentlichten Fälle werden drei weitere beschrieben, die sämtlich, wie bisher bekannt, unter dem Bilde des anaphylaktischen Schocks verliefen. — In allen drei Fällen konnte eine Sensibilisierung durch vorhergegangene Penicillinapplikation nachgewiesen werden.

EHRLHARDT (Nürnberg)

P. Royer: Accidents de la calcithérapie. (Die Gefahren der Calciumtherapie.) *Rev. Prat.* (Paris) **11**, 2205—2208 (1961).

Verf. beschreibt die zahlreichen Nebenumstände, die bei der Verabreichung von Calcium bedeutsam sind. Es handelt sich dabei weder um eine harmlose noch um eine nutzlose Therapie. Die richtige Anwendung bewirkt einen ausgesprochen starken therapeutischen Effekt. Zur Vermeidung der aufgezeigten nachteiligen Folgen ist die Kenntnis der Nebenwirkungen unerlässlich.

SPANN (München)

P. Broustet, M. Trarieux et H. Bricaud: Les accidents des hypotenseurs. (Die Unfälle der Blutdrucksenker.) [Serv. de Clin. Méd. de Fac. de Méd., Bordeaux.] *Rev. Prat.* (Paris) **11**, 2191—2202 (1961).

In einer Übersicht werden die gebräuchlichsten Medikamente hinsichtlich ihrer Haupt- und Nebenwirkungen beschrieben. Neben den pharmakologischen Besonderheiten der Einzelanwendung wird auf die potenzierende Wirkung bei kombinierter Anwendung hingewiesen. Die daraus resultierenden Gefahren werden klar herausgestellt. Abschließend wird das zweckmäßigste therapeutische Vorgehen bei arteriellen Hochdruckleiden erörtert. Einzelheiten sind im Original nachzulesen.

SPANN (München)

BVG § 1 Abs. 2 Buchst. b (Operationsduldungspflicht in der Kriegsgefangenschaft). Zur Frage der Schädigung durch eine Operation in der Kriegsgefangenschaft (Operationsduldungspflicht in der Kriegsgefangenschaft). [BSG, Urt. v. 30. V. 1961; 10 RV 1059/58, Essen.] Neue jur. Wschr. 14, 2086—2087 (1961).

Das LSG hat mit Recht angenommen, daß nachteilige Folgen einer in der Kriegsgefangenschaft vorgenommenen Operation dann einen Versorgungsanspruch begründen, wenn die Gesundheitsstörung, die zur Operation Anlaß gegeben hat, Folge einer Schädigung im Sinne des BVG ist. Im vorliegenden Falle ist diese Voraussetzung nicht für gegeben erachtet worden, weil nach den Feststellungen des LSG weder das Hämorrhoidenleiden noch der Leistenbruch des Ehemannes der Klägerin Folge der Verhältnisse in der Kriegsgefangenschaft, d.h. Folge einer Schädigung im Sinne des BVG ist. — Auch von einem mittelbaren Zwang zur Operationsduldung, wie ihn die Klägerin mit der Revision darzutun versucht, kann nicht die Rede sein. Der Tod des Ehemannes der Klägerin ist nicht „durch“ die Kriegsgefangenschaft herbeigeführt worden. Dies könnte nur dann angenommen werden, wenn besondere Umstände der Gefangenschaft oder eine nicht sachgemäß durchgeführte ärztliche Behandlung die Lungenembolie und damit den Tod des Ehemannes herbeigeführt hätten. Diese Voraussetzungen hat das LSG auf Grund tatsächlich getroffener Feststellungen in Übereinstimmung mit dem ärztlichen Sachverständigen nicht für gegeben erachtet.

E. TRUBE-BECKER (Düsseldorf)

StGB § 226a (Rechtswidrigkeit der Körperverletzung im Fußballspiel). In einem nach den Regeln ausgetragenen Fußballspiel willigt ein Spieler nicht in vorsätzliche und grob fahrlässig begangene Regelverstöße eines Gegenspielers und dadurch verursachte Körperverletzungen ein. [BayObLG., Urt. v. 3. VIII. 1961; RReg. 4 St 36/61.] Neue jur. Wschr. 14, 2072—2074 (1961).

Der Torwart hatte den Ball aufgefangen und hielt ihn in gebückter Haltung zwischen seinen Beinen. Der Gegner wollte ihn zwischen den Beinen des Torwartes herausschießen, dabei trat er dem Torwart mit solcher Gewalt auf einen Unterschenkel, daß eine Fraktur entstand. Der Senat hat dieses Verhalten zum mindesten als grob fahrlässig bezeichnet. Es wird nicht durch die Generaleinwilligung gedeckt, die jeder Fußballspieler gibt, wenn er sich am Spiel beteiligt.

B. MUELLER (Heidelberg)

BGH §§ 276, 823 (Aufklärungspflicht des Arztes über mögliche Folgen von ärztlichen Eingriffen). Einer Aufklärung des Patienten über mögliche Schadensfolgen eines Eingriffs (hier Kropfoperation) ist der Arzt enthoben, wenn er nach den besonderen Umständen des Falles und redlicher Verkehrsanschauung das Verhalten des Patienten dahin verstehen kann, daß er im Bewußtsein der Komplikationsmöglichkeit mit dem Eingriff einverstanden ist. [BGH, Urt. v. 26. IX. 1961; VI ZR 124/60, München.] Neue jur. Wschr. 14, 2302 (1961).

G. Herold: Probleme der ärztlichen Aufklärungspflicht. I. Med. Klin. 50, 2134—2135 (1961).

Der Aufsatz bringt im großen und ganzen Bekanntes. Der Begriff der Einwilligung wird so kommentiert, daß der Einwilligende sich der Bedeutung und der Tragweite seiner Erklärung bewußt sein müsse, wenn ihr im Rahmen der Rechtsordnung Bedeutung beigemessen werden solle. Der Patient muß insoweit über die Art des Eingriffs, seine Notwendigkeit, die Erfolgsaussichten und die drohenden Komplikationen im Bilde sein, als dies erforderlich ist, damit er eine sachgemäße Entscheidung treffen kann. Nach der Lex ferenda würde der Arzt, der die Einholung der Einwilligung unterläßt, wegen eigenmächtiger Heilbehandlung bestraft werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

G. Herold: Probleme der ärztlichen Aufklärungspflicht. II. Med. Klin. 56, 2176—2179 (1961).

G. Herold: Probleme der ärztlichen Aufklärungspflicht. III. Med. Klin. 56, 2215 bis 2218 (1961).

Verf. zitiert Urteile und Schrifttumsstellen, die sich zum Teil widersprechen. Ref. kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß man das Gewissen des Arztes nicht allzu sehr einengen darf.

Wieweit er vor Operationen aufklärt und wieweit er die Individualität des Patienten berücksichtigt, wird er im Grunde selbst entscheiden müssen, derartiges läßt sich nicht reglementieren. Man versucht auch, die Gefahren der Operation nach Prozenten abzuschätzen. Ob der Arzt aber dem Patienten mitteilt, daß eine Strumektomie in 13% oder in 30% unangenehme Folgen haben kann, wird man ihm überlassen müssen, insbesondere auch, ob er dies gegebenenfalls dem Patienten selbst sagt oder nur den Angehörigen (Meinung von Ref.). Nachfolgendes ist jedoch nicht richtig: Eine 17jährige Kranke wurde unter dem Verdacht der Appendicitis eingeliefert, man hielt die Operationsindikation für „gegeben“, genauere Untersuchungen fanden nicht statt; die Eltern wurden durch eine Krankenschwester aufgeklärt. In solchen Fällen muß man dem BGH zustimmen, wenn er derartiges mißbilligt.

B. MUELLER (Heidelberg)

E. Waidl: Die Grenzen der ärztlichen Aufklärungspflicht. [II. Frauenklin., Univ., München.] Münch. med. Wschr. 103, 1832—1835 (1961).

Es handelt sich um Bemerkungen zu dem bekannten Urteil des BGH, durch welches einem Arzt gewissermaßen auferlegt war, den Patienten auch bei bestehendem Krebs über nachteilige Folgen der Strahlentherapie aufzuklären. Von juristischer Seite besteht nach Meinung von Verf. die Neigung, allzusehr die Tätigkeit des Arztes aufzugliedern und zu schematisieren. Nach seiner Meinung kann Aufklärung nützlich sein, sie kann aber auch töten, bzw. dem Kranken jede Lust zum Weiterleben nehmen. Der Arzt muß streng individualisieren. Man solle ihm bei der Innehaltung der Aufklärungspflicht nicht allzuviel ins Einzelne hineingehende Vorschriften machen.

B. MUELLER (Heidelberg)

BGB §§ 276, 823 (Aufklärungspflicht des Arztes über Folgen von ärztlichen Eingriffen). Ob bei einem ärztlichen Eingriff (hier: Kropfoperation) die Erklärung des Patienten über mögliche Schadensfolgen erforderlich ist, richtet sich nicht so sehr nach allgemeinen Feststellungen über die Komplikationshäufigkeit; es kommt vielmehr auf den voraussichtlichen Verlauf gerade im einzelnen Falle an. [BGH, Urt. v. 26. IX. 1961; VI ZR 225/60, Nürnberg.] Neue jur. Wschr. 14, 2203—2204 (1961).

Eine Kropfoperation verursachte eine doppelseitige Recurrensparese, einen Pneumothorax und schließlich noch als Folge einer mißlungenen intravenösen Injektion eine Medianus-Lähmung. Die betreffende Stadt wurde zum Schadenersatz verurteilt, weil der Kranke über die möglichen Folgen der Operation nicht aufgeklärt worden war. Die Frage der Fahrlässigkeit war vom Gutachter nicht bejaht worden. Bei der Revision wurde geltend gemacht, daß nachteilige Folgen der Kropfoperation so selten seien, daß eine Aufklärung unterbleiben könne. Der BGH stellte sich jedoch auf den Standpunkt, daß mit Schädigungen von 1,2—7,5% bzw. 0,5—10% zu rechnen sei. Der Arzt muß bei Erwägungen über die Aufklärung nicht von der günstigsten Prozentzahl, sondern von der größeren Prozentzahl ausgehen und außerdem die individuellen Schwierigkeiten des Falles berücksichtigen. Die Aufklärung braucht nicht durch den Operateur persönlich zu erfolgen. Er muß sich aber davon überzeugen, daß sie tatsächlich erfolgt ist, und zwar durch einen ärztlichen Mitarbeiter. Der BGH stimmte dem Urteil der erkennenden Zivilkammer zu.

B. MUELLER (Heidelberg)

G. Schulz: Die Motive der ärztlichen Schweigepflicht. Med. Klin. 57, 151—152 (1962).

A. J. Chaumont et F. Marcoux: Secret de l'instruction et autopsie médico-légale. (Untersuchungsgeheimhaltung und gerichtsmmedizinische Leichenöffnung.) [Inst. Méd. Lég. et Méd. Soc., Univ., Strasbourg.] Ann. Méd. lég. 41, 433—435 (1961).

Die gerichtsmmedizinische Leichenöffnung unterliegt als Bestandteil eines Untersuchungsverfahrens der Geheimhaltung. Die Pflicht zur Geheimhaltung ist gesetzlich fixiert und erstreckt sich außer auf Sachverständige und Gerichtspersonen auf alle Personen, die, aus welchen Gründen immer, von dem Gegenstand der Untersuchung dienstlich Kenntnis erhalten oder bei der Obduktion anwesend waren. Die Verletzung dieser Geheimhaltungspflicht ist im Rahmen der Strafbestimmungen über die Verbreitung von Berufsgeheimnissen unter Strafe gestellt. Trotzdem muß der Sachverständige häufig feststellen, daß echte oder falsche Obduktionsergebnisse anderentags in Zeitungen mit ebenso ungerechtfertigten als vermessenen Unterstellungen veröffentlicht werden. Derartige Berichte erscheinen um so bedauerlicher, als sie öffentlich einen Schlag gegen die Justiz führen, die Arbeit des Sachverständigen diskreditieren und einen Beschuldigten in seinem Recht auf Verteidigung verletzen. Das (französische) Gesetz hat zur

Unterdrückung derartiger Übertretungen zwei Straftatbestände vorgesehen: „Das Pressedelikt und die Verleumdung“. Das Gesetz über die Pressefreiheit verbietet die Veröffentlichung von Unterlagen der Anklage und allen anderen Unterlagen im Strafverfahren, bevor sie in öffentlicher Sitzung vorgelesen wurden. Dazu gehörten ebenfalls die Feststellungen bei der Autopsie, da ja selbst die Veröffentlichung der Photographie eines Ermordeten den Tatbestand des Artikels 38 des zitierten Gesetzes erfüllt. Demgegenüber ist eine Klage wegen Verleumdung fast aussichtslos. Die Begründung, daß der Autor der Veröffentlichung guten Glaubens war, stürzt die Vermutung, daß er die Absicht hatte, Ehre und Ansehen des Betroffenen anzugreifen. Dieser Zustand sei unbefriedigend, da der Beschuldigte sich vor der zivilrechtlichen Verfolgung scheuen würde, der medizinische Sachverständige wegen der Geheimhaltungspflicht nicht von seinem Recht der Berichtigung Gebrauch machen kann. Die Mitteilungen von gerichtsmedizinischen Feststellungen ziehen ernste Konsequenzen nach sich, denen man nur durch absolute Verschwiegenheit entgehen kann. Verf. zitiert MAURICE GARCON, der gesagt habe, es gebe drei Ursachen für Justizirrtümer: Den Zufall, die Zeugen und die öffentliche Meinung. Die Beisitzer und Geschworenen seien „Kinder dieser öffentlichen Meinung“, die durch falsche und tendenziöse Presseberichte zu einer vorgefaßten Meinung gegen den Beschuldigten verleitet werden könnten, eine Voreingenommenheit, von der GARCON gesagt habe, sie sei das Verbrechen ehrbarer Leute.

PROCH (Bonn)

BGB § 242; Allg. VerwR (Auskunftsanspruch des Verurteilten gegenüber dem Gerichtsarzt). a) Nach dem auch das öffentliche Recht beherrschenden Grundsatz von Treu und Glauben kann der im Strafverfahren tätig gewesene Gerichtsarzt verpflichtet sein, dem Verurteilten, der über das Bestehen eines Wiederaufnahmegrundes ungewiß und insoweit auf den Gerichtsarzt angewiesen ist, Auskunft über die von ihm in Ausübung seiner gerichtsärztlichen Tätigkeit gemachten Wahrnehmungen zu erteilen. b) Eine Pflicht zur Auskunft setzt voraus, daß die Auskunft zur Ermittlung neuer Tatsachen und Beweismittel führen könnte, die allein oder in Verbindung mit den früher erhobenen Beweisen die Freisprechung des Verurteilten oder in Anwendung eines milderen Strafgesetzes seine geringere Bestrafung zu begründen geeignet sind (vgl. § 359 Ziff. 5 StPO). c) Den Verurteilten trifft die Pflicht zur Darlegung, inwiefern nach seiner Ansicht die Auskunft neue und erhebliche Tatsachen oder Beweismittel erbringen könnte. [OVG, Berlin, Beschl. v. 29. VI. 1961; OVG VI B 9/60.] Neue jur. Wschr. 14, 2082—2083 (1961).

Frowin Karstädt: Schweigepflicht des Arztes gegenüber dem Dienstherrn eines Beamten? Neue jur. Wschr. 14, 2050—2052 (1961).

KSchG § 1 Abs. 1 und 2 (Rechtliche Würdigung des Beschäftigungsverhältnisses eines Chefarztes). Daß der Chefarzt eines Krankenhauses oder einer Abteilung eines Krankenhauses bei seiner rein ärztlichen Tätigkeit, d. h. bei der Behandlung der Patienten, eigenverantwortlich und an Weisungen des Krankenhausträgers nicht gebunden ist, schließt nicht aus, daß sein Beschäftigungsverhältnis dennoch ein Arbeitsverhältnis sein kann. Ein Arbeitsverhältnis ist es dann, wenn der Chefarzt im übrigen im wesentlichen weisungsgebunden und damit vom Krankenhausträger persönlich abhängig ist. [BAG, Urt. v. 27. VII. 1961; 2 AZR 255/60, München.] Neue jur. Wschr. 14, 2085—2086 (1961).

Hermann Klingler: Der schicksals schwere Druckfehler. Z. ärztl. Fortbild. (West-Berlin) 50, 783—784 (1961).

Wenn infolge eines Druckfehlers in einer wissenschaftlichen Arbeit oder in einem Buch bei der Behandlung eines Patienten dadurch ein Schaden entsteht, daß das Vorliegen eines Druckfehlers vom Arzt nicht erkannt wurde, hat man erwogen, wieweit man den Verf. oder den Verleger verantwortlich machen kann. Verf. des Aufsatzes wendet sich dagegen, daß der Verleger verantwortlich gemacht werden könne; er könne die Richtigkeit der in den wissenschaftlichen Arbeiten angegebenen Dosen gar nicht beurteilen. Der Autor erhalte eine Korrektur; es entspreche

aber der Erfahrung, daß die Korrekturen ungenau gelesen würden. Es gebe auch noch handschriftliche Manuskripte, sie könnten verhängnisvoll sein, besonders dann, wenn sie von Medizinern stammten, die anscheinend „das Privileg für sich beanspruchten, eine möglichst schlechte Schrift zu schreiben.“

B. MUELLER (Heidelberg)

W. H. Melanowski: Einige Worte zum Problem der ärztlichen Ethik. Arch. med. sadowej 13, 39—40 (1961). [Polnisch.]

Der ärztliche Sachverständige möge sich bei der Beurteilung von Kunstfehlern seiner Kollegen besonderer Zurückhaltung befleißigen. Je höher die Stellung des Beurteilers, desto größer sind seine Pflichten; sie schließen das Verständnis für den Kranken, aber auch für den Kollegen ein.

BOLTZ (Wien)

M. Kohlhaas: Dr. med. als Heilpraktiker? Dtsch. med. Wschr. 86, 1683—1684 (1961).

Nach Auffassung von Verf. ist die Bezeichnung Dr. med. kein arztähnlicher Titel, er wird ja von den bundesdeutschen medizinischen Fakultäten an Medizinalassistenten verliehen, die noch nicht Ärzte sind. Wenn ein Medizinalassistent, der den medizinischen Dokortitel erworben hat, nicht die Bestallung als Arzt beantragt, sondern Jura studiert und Rechtsanwalt wird, so hat er das Recht, die Bezeichnung „Dr. med. X, Rechtsanwalt“ zu führen. Befestigt ein Dr. med., der nicht Arzt geworden ist, an seiner Haustür das übliche kleine Schild mit der Bezeichnung Dr. med. X, so handelt er nicht irreführend. Befestigt er aber außen neben seiner Haustür ein großes Schild mit der Bezeichnung Dr. med. X, so wird ihn das Publikum für einen Arzt halten, er würde unberechtigt eine arztähnliche Bezeichnung führen. Erwirbt ein promovierter Medizinalassistent nicht die Bestallung, erreicht er vielmehr, daß er als Heilpraktiker zugelassen wird, so kann man ihm nach Auffassung von Verf. nicht verwehren, wenn er sich auf dem Schild als „Dr. med. X, Heilpraktiker“ bezeichnet. Vielleicht hätte ihm die Zulassungsbehörde die Auflage machen können, daß er den medizinischen Dokortitel im Zusammenhang mit seiner Berufsbezeichnung als Heilpraktiker nicht führen darf.

B. MUELLER (Heidelberg)

E. Läubli: Experimente am Menschen als medizinisch-rechtliches Grenzproblem. [Gerichtl.-med. Inst., Univ., Bern.] Praxis (Bern) 50, 837—841 (1961).

Bereits die Möglichkeit von Vaccinationen gegen Infektionskrankheiten, die den Schritt vom Selbstversuch zum Massenexperiment nahelegte, hat die Frage nach der Zulässigkeit derartiger Versuche aufgeworfen. Dennoch hat man sich in der Folgezeit nur am Rande mit dem medizinisch-rechtlichen Fragenkomplex des Experiments am Menschen beschäftigt. Eine Aktualisierung dieser Fragen wurde durch die Erfahrungen aus dem 2. Weltkrieg provoziert, aber auch durch die moderne Entwicklung innerhalb der Medizin der letzten Jahrzehnte. Als Anhaltspunkt wird der „Nürnberger Kodex“ herausgestellt. — Verf. wirft die Frage auf, welche Möglichkeiten das gegenwärtige allgemeingültige Recht für Experimente am Menschen bietet. Es gelten die gleichen Grundsätze wie bei diagnostischen und therapeutischen Eingriffen: Freiwilligkeit, Einwilligung, Aufklärung, Urteilsfähigkeit. Für den therapeutischen Versuch wird unter anderem „eine gewisse Verhältnismäßigkeit zwischen Risiko und zu erwartendem Erfolg“ verlangt (sog. Zweckproportionalität). Beim Experiment am Gesunden wird präzise Aufklärung des Probanden gefordert. Bemerkenswert (und erstaunlich!) ist, daß der Proband bei Einwilligung in das Experiment und in Kenntnis möglicher Gefährdungen die Risiken in vollem Umfange trägt. Allerdings muß sich die Versuchsanordnung „im Rahmen der guten Sitten“ halten. Die diesbezügliche Beurteilung richtet sich nach dem angestrebten und festgelegten Versuchsziel. Unter der derzeitigen Rechtslage in der Schweiz ist dem Arzt ein relativ breiter Spielraum für experimentelle Untersuchungen am Menschen eingeräumt. Auf eine Besprechung ethischer Gesichtspunkte hat Verf. verzichtet.

GERCHOW (Frankfurt a. M.)

G. Herold: Der Begriff des ärztlichen Kunstfehlers. Med. Klin. 57, 276—279 (1962).

Ernst-Walter Hanack: Zum Problem der persönlichen Gutachterpflicht, insbesondere in Kliniken. Neue jur. Wschr. 14, 2041—2045 (1961).

Es gibt Auffassungen, nach denen namentlich im Strafrecht Gutachten von Kliniken als Behördengutachten anzusehen sind. Im allgemeinen werden die auftraggebenden Stellen aber eine persönliche Begutachtung wünschen. Ist sie dem Klinik-Direktor übertragen worden, so muß sich entweder aus dem Text des Gutachtens oder aus der Art der Unterschrift eindeutig ergeben, daß er die Verantwortung auf Grund eigener Untersuchungen übernommen hat. Selbstverständlich kann er sich bei der Begutachtung von technischem Personal und von ärztlichen Mitarbeitern helfen lassen. Er trägt dann aber auch die Verantwortung für deren Tätigkeit. Der

reine Vermerk „gesehen“ genügt nicht, um ein Gutachten als ein vom Klinik-Direktor erstattetes zu kennzeichnen. Verf. empfiehlt etwa folgenden Vermerk: „Als persönliches Gutachten des Klinik-Direktors erstattet unter Mitwirkung von XY.“ Die hauptsächlich Beteiligten sollten alle mit unterschreiben.

B. MUELLER (Heidelberg)

Dünnebiert: Die strafrechtlichen Probleme der künstlichen Insemination. [Forensisch-Physiol. Ges., Hamburg, 5. II. 1960.] Mschr. Krim. Strafrechtsref. 43, 129—136 (1960).

Viel Philosophie, verhältnismäßig wenig Strafrecht, keine vollständige Literatur, vielfach stützt Verf. seine Ausführungen auf Presseberichte; er würde am liebsten sowohl die heterologe als auch die homologe Insemination unter Strafe stellen. Mit dem Gedanken des „künstlichen“ kann er sich schwer abfinden, er läßt aber durchblicken, daß man die homologe Insemination vielleicht erlauben könnte. Der Aufsatz schließt mit Versen von HÖLDERLIN.

B. MUELLER (Heidelberg)

Jacques Bernheim: Essai d'une définition de l'acte médical. (Versuch einer Aussage über die ärztliche Tätigkeit.) Acta Med. leg. soc. (Liège) 14, 17—119 (1961).

Die Beziehungen zwischen Arzt und Patient sind verschiedenartig. An erster Stelle steht die Therapie. Der Arzt hat aber die psychologische Seite eines „Falles“ zu berücksichtigen. Wenn eine Behandlungsmethode auf wesentlich neuen Erkenntnissen beruht, sind strenge berufsethische Regeln zu beachten. Werden ärztliche Maßnahmen zum Nutzen Dritter (z. B. wissenschaftliche Versuche an Freiwilligen) durchgeführt, müssen die erlaubten Grenzen in jeder Situation berücksichtigt werden. In bezug auf die Rechtsgültigkeit der Einwilligungserklärungen von Versuchspersonen stehen sich verschiedene Auffassungen gegenüber. — Ein großes Teilgebiet der medizinischen Tätigkeit betrifft nicht die eigentliche Behandlung kranker Menschen, sondern Laboratoriumsarbeiten, Präventiv-, Sport- und Arbeitsmedizin. Hierher gehört auch das umfangreiche Begutachtungswesen. Auch die Sozialwissenschaften und die Psychologie üben einen Einfluß auf die medizinische Tätigkeit aus. Über das Arzt/Patienten-Verhältnis hinaus hat die medizinische Tätigkeit auch insofern Bedeutung für die Allgemeinheit, als die Gesellschaft und der Staat dem Patienten Verpflichtungen auferlegen, die der Arzt zu vollziehen hat: Impfpflicht, vorbeugende Behandlungsmaßnahmen, Meldepflicht und eventuelle Zwangsbehandlungen (Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Geistesranke, Süchtige usw.). — Ebenso übt der Staat aber auch eine Kontrolle auf die Tätigkeit der Ärzte aus, besonders bezüglich der Berufsausbildung. — In seinem Verhalten läßt sich der Arzt von ärztlich-ethischen und rechtlichen Gesichtspunkten leiten. Auf Sondergebieten der ärztlichen Tätigkeit ist der Arzt besonderen moralischen Verpflichtungen unterworfen: kosmetische Eingriffe, therapeutische Sterilisation, Insemination, Schwangerschaftsunterbrechung usw. Hier befindet sich der Arzt oft in einer Konfliktsituation. Grundsätzlich folgt die ärztliche Tätigkeit den Regeln der Berufsethik; sie bedarf jedoch der Freiheit in den von Gesetz und Sitten vorgeschriebenen Grenzen. GERCHOW (Frankfurt a. M.)

F. Rath: Vergütung städtischer Krankenhausärzte für polizeiliche Blutuntersuchungen. Med. Klin. 57, 29—31 (1962).

Wenn die diensthabenden Ärzte der städtischen Krankenhäuser auf Anordnung der Polizei Kraftfahrern Blut entnehmen und sie untersuchen, so fielen ihnen im allgemeinen die Gebühren hierfür nach gewissen Abzügen persönlich zu. Diese Regelung stützte sich darauf, daß die Aufforderung zur Blutentnahme von einer Behörde erfolgt, die mit der Verwaltung des Krankenhauses nichts zu tun hat. Nun entstehen aber nach dem Inhalt des Aufsatzes in einer Hansestadt die Krankenhäuser und auch die Polizei der gleichen städtischen bzw. staatlichen Institution. Die Zahlungen an die Ärzte wurden daher eingestellt. Die von einem Arzt durchgeführte Klage hatte beim Landesarbeitsgericht noch Erfolg, das Bundesarbeitsgericht stellte sich jedoch auf den Standpunkt, daß die Zahlung ungerechtfertigt sei, da die Aufforderung in einer Hansestadt nicht von einer anderen Behörde, sondern von der städtischen Polizei, also von der gleichen Behörde erfolgt sei.

B. MUELLER (Heidelberg)

Jost Höpker: Einige Probleme zum Arzneimittelgesetz. Neue jur. Wschr. 14, 2048 bis 2050 (1961).

Nach § 16 AMG ist der gemäß § 13 Abs. 1 Ziff. 1 in Verbindung mit § 14 Abs. 1 fachlich qualifizierte Herstellungsleiter dafür verantwortlich, daß die Herstellung von AM den gesetzlichen Vorschriften (also § 5) entspricht. Für das Inverkehrbringen nach § 7 Abs. 1 haftet primär

der Hersteller = Betriebsleiter bzw. -inhaber, aber auch der Herstellungsleiter. Für Erfüllung der §§ 6 (Nebenwirkungen), 8 (verfälschte, verdorbene, verfallene, irreführend bezeichnete AM in Verkehr zu bringen), 9 (Deklaration) ist einzig der Hersteller verantwortlich. Der Umfang seiner Erkundungspflicht zu den Verboten der §§ 6, 7 und 8 mit der Strafandrohung des § 44 ist zweifelhaft. Die Auffassung von KOHLHAAS, Dtsch. Ap.-Ztg. 1961, 604 (ein Verlassen auf Auskunft einseitiger Interessengruppen sei nicht ausreichend, wenn behördliche Auskunft zu erlangen, also zumutbar sei) sei bedenklich, weil damit der unteren und mittleren Medizinalbehörde eine Vorprüf- und Richterfunktion zugebilligt werde, die dem Bundesgesundheitsamt ausdrücklich vorenthalten wurde (Protokoll zu den Beratungen des AMG, besonders zu § 22). KOHLHAAS a. a. O. gehe auch bezüglich „Bezeichnung“ nach § 8 über den Willen des Gesetzgebers hinaus, denn die Neuregelung der Werbung ist aus dem AMG ausgeklammert und das „Anbieten“ in § 8 gestrichen worden. Für § 29 wird das Inkrafttreten zum 1. 8. 61 anerkannt, im übrigen gelte die AMVO noch fort, bis die in §§ 30 und 32 vorgesehenen Rechtsverordnungen in Kraft getreten sind. Die Verbotsvorschrift des § 28 mit Strafandrohung des § 45 Abs. 1 ist vorläufig nicht anwendbar.

LOMMER (Köln)

W.-S. Kierski: Das Arzneimittelgesetz. Med. Sachverständige 58, 15—19 (1962).

Walter Dunz: Das neue Familienrechtsänderungsgesetz. Neue jur. Wschr. 14, 2137 bis 2141 (1961).

DUNZ gibt einen Überblick über alle wesentlichen Änderungen, die das am 11. August 1961 verkündete und ab 1. Januar 1962 in Kraft getretene „Gesetz zur Vereinheitlichung und Änderung familienrechtlicher Vorschriften (Familienrechtsänderungsgesetz)“ — BGBl. I, 1221 ff. — herbeiführt. Er behandelt hierbei insbesondere: die wichtige Neufassung des § 48 EheG, die Neuregelung der Anfechtung der Ehelichkeit, bei der anstelle des Anfechtungsrechts des Staatsanwalts und seiner Mitwirkung im Anfechtungsprozeß ein erheblich erweitertes System privater Anfechtungsrechte tritt, die künftige Rechtsstellung der Unehelichen (elterliche Gewalt der Mutter, Unterhalt, Unterhaltsurteil und Statusurteil), die neuen Bestimmungen bei der Legitimation unehelicher Kinder, die ziemlich eingehende Neuregelung der Adoption und die Vorschriften hinsichtlich der Freiheitsentziehung durch den Vormund.

GÜNTHER BRÜCKNER (Heidelberg)

BGB §§ 823, 847, 253; GG Art. 1 und 2 Abs. 1 (Schadensersatzpflicht bei Verletzung des Persönlichkeitsrechts; Werbung für Medikamente). Der durch eine rechtswidrige und schuldhaft Verletzung seines Persönlichkeitsrechts Betroffene kann Ersatz des immateriellen Schadens beanspruchen, wenn die Umstände, insbesondere die Schwere der Verletzung oder des Verschuldens, eine solche Genugtuung erfordern. [BGH, Urt. v. 19. IX. 1961; VI ZR 259/60, Düsseldorf.] Neue jur. Wschr. 14, 2059—2061 (1961).

Für ein unter anderem als sexuelles Kräftigungsmittel angepriesenes Präparat waren ohne Einholung des Einverständnisses des Klägers und ohne sich zu vergewissern, ob und wo der Kläger entsprechende Forschungsergebnisse mitgeteilt habe, sein Name und angebliche Ergebnisse zur Werbung benutzt worden. Ähnlich wie in BGHZ 26, 349 = NJW 58, 827 und BGHZ 30, 7 = NJW 59, 1269 war ein immaterieller Schaden entstanden, nämlich der Kläger in seinem wissenschaftlichen Ruf gemindert und gesellschaftlich unter Umständen lächerlich gemacht worden. Die §§ 253, 823 I BGB sind durch Art. 1 und 2, I GG zu eng geworden, um den hohen Wert der menschlichen Persönlichkeit zu schützen. Bei der Güter- und Interessenabwägung ist die Grenze des Erlaubten schwer zu treffen, wenn Ausnutzung unbedeutender Beeinträchtigungen verhütet werden soll. Leichtfertige und schuldhaft Eingriffe aus Gewinnstreben müssen jedoch mit dem Risiko fühlbaren materiellen Verlustes beschwert werden: der Beklagte war also zu einem Ausgleich in Geld heranzuziehen, der die Genugtuung für immateriellen Schaden — Schmerzensgeld — darstellt. — Literaturhinweise der Schriftleitung.

LOMMER (Köln)

StGB §§ 53, 223a, 224 (Verschuldete Notwehrlage, Irrtum beim Notwehrereignis).

a) Hat der Angegriffene den Angriff selbst verschuldet, so kann er sich gleichwohl in einer Notwehrlage befinden. Er ist jedoch in seinen Abwehrmitteln beschränkt. b) Tatumstandsirrtum und Verbotsirrtum bei Notwehrüberschreitung. c) Der Ver-

lust einer Niere ist der Verlust eines wichtigen Körpergliedes i. S. des § 224 StGB. [OLG Neustadt/W., Urt. v. 14. VI. 1961; Ss 52/61.] Neue jur. Wschr. 14, 2076 bis 2077 (1961).

Der Angeklagte hätte sich (wie schon vorher einmal) entfernen und so den fortgesetzten Angriffen des (später) Geschädigten, die er herausgefordert hatte, entgehen können. Das war ihm zumutbar. Er durfte zwar Notwehr üben, war aber in seinen Abwehrmitteln beschränkt, da er selbst der anfängliche Friedensstörer gewesen war. Mit einer aktiven Gegenwehr (Messerstiche, die zum Verlust einer Niere führten), hat der Angeklagte das erforderliche Maß der Verteidigung überschritten. Wenn ein *Irrtum* über die Möglichkeit seiner Flucht nicht ausgeschlossen werden kann, wäre der Angeklagte jedoch nicht der vorsätzlichen, sondern der fahrlässigen Körperverletzung schuldig. Andererseits wäre vorsätzliche Körperverletzung gegeben, wenn er die Grenzen seines Notwehrrechtes bei gehöriger und ihm zumutbarer Gewissensanspannung hätte erkennen können.

SCHLEYER (Bonn)

Klaus Roth-Stielow: Die Zahl- oder Gilt-Vaterschaft — eine Erfindung der Juristen. Neue jur. Wschr. 14, 2293—2294 (1961).

Verf. wendet sich dagegen, daß es nach der „wohl herrschenden Meinung“ zwei Arten der außerehelichen Vaterschaft gibt: die blutsmäßige Vaterschaft und die Gilt- oder Zahl-Vaterschaft. Er weist dann darauf hin, daß es nach den Materialien zum Familienrecht des BGB keine vermögensrechtlichen Pflichten eines bloßen Gilt- oder Zahl-Vaters gibt und § 1717 BGB nur die Bedeutung einer Beweisregel hat.

GÜNTHER BRÜCKNER (Heidelberg)

Maria Küper: Grundlage und Umfang der Entschädigung bei Impfschäden nach dem Bundesseuchengesetz. Neue jur. Wschr. 14, 2045—2048 (1961).

Wiedergabe der Bestimmungen gemäß dem Titel. Sie sind in den §§ 51—54 enthalten, die Entschädigungsleistungen umfassen Heilbehandlung einschließlich Anstaltspflege, Renten, Erziehungshilfen und Bestattungskosten, sie sind dem Bundesversorgungsgesetz angeglichen.

SCHLEYER (Bonn)

ReichsseuchenG §§ 19, 29; VO betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten §§ 7, 16; BGB §§ 133, 157; VwGO §§ 40, 113 Abs. 1 (Seuchenrechtliche Maßnahme als Allgemeinverfügung, behördliche Willenserklärung, Entschädigung). a) Die Anordnung seuchenpolizeilicher Maßnahmen durch eine oberste Landesbehörde ist keine Rechtsnorm, sondern eine Allgemeinverfügung. b) Auch auf dem Gebiete des öffentlichen Rechts muß jeder seine Handlungen und Erklärungen so gelten lassen, wie der andere sie auffassen durfte. c) Der in § 29 Reichsseuchengesetz normierte Entschädigungsanspruch ist nicht auf das Gebiet des Desinfektionsrechts beschränkt. Er ist auch dann zu gewähren, wenn eine Behörde sonstige seuchenpolizeiliche Anordnungen trifft, die im Ergebnis auf die Vernichtung der betroffenen Gegenstände hinauslaufen, z. B. den Verkauf leicht verderblicher Waren verbietet. d) Über diesen Entschädigungsanspruch entscheiden in Fortführung der in BVerwGE 7, 257 = NJW 59, 786 entwickelten Rechtsprechung die Verwaltungsgerichte. [BVerwG, Urt. v. 28. II. 1961; BVerwG I C 54/57, Stuttgart.] Neue jur. Wschr. 14, 2077—2081 (1961).

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

● **Histochemische Methoden.** Eine Sammlung, hrsg. von Walter Lipp. Lfg. 19. München: R. Oldenbourg 1961. 23 S. DM 6.—.

Durch die neue Lieferung wird die inzwischen längst bekannte und praktisch bewährte Sammlung wichtiger histochemischer Methoden ergänzt. Neben polarisationsoptischen werden