

gerichtsmedizinische Bedeutung dieser Untersuchungsmethode. Er fand bei 23% der Ruhe-EEG und bei 38% der EEG nach Hyperventilation und Photostimulation abnorme Befunde, wobei von ihm die 8/sec Wellen Rhythmen als abnorm betrachtet werden, sobald 7/sec Wellen eingestreut auftreten. Die Bedeutung der 8/sec Wellen wird in Zusammenhang mit den Angaben in der Literatur erörtert. Nach Verf. könne das Auftreten von δ -Wellen durch emotive Spannungen verursacht werden, die erfahrungsgemäß bei Verbrechern besonders häufig sind: somit können diese Befunde nur vorübergehender Natur sein, und rechtfertigen nicht ohne weiteres die Annahme einer Unreife des Gehirns. Dieses umsomehr, als meistens Kontrollableitungen vor dem Verbrechen fehlen. Somit sei von gerichtsmedizinischer Seite nur der vorsichtige Schluß möglich, daß statistisch gesehen abnorme EEG Befunde häufiger bei Verbrechern seien. Einen für Kriminelle typischer EEG-Befund gäbe es nicht. MISSONI (Berlin)

Eugen Serini: Die Behandlung der „Trunkenheit“ im österreichischen Strafgesetz und nach dem Entwurf vom Jahre 1964. Blutalkohol 2, 503—513 (1964).

Verf. legt dar, wie das geltende österreichische Strafgesetz und der österreichische Ministerialentwurf eines neuen Strafgesetzbuchs das Problem der Behandlung von Straftaten lösen, die mehr oder minder unter Alkoholeinfluß begangen wurden, und zeigt insbesondere auf, welche Bedeutung dem Alkoholgenuß je nach der Art des Delikts in bezug auf das Strafmaß zukommt. GÜNTHER BRÜCKNER (Heidelberg)

Kunstfehler, Ärztereht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

● **Bundesärzteordnung. Kommentar von JOSEF DANIELS und MANFRED BULLING.** Neuwied/Rh.: Hermann Luchterhand 1963. XXVIII, 423 S. Geb. DM 35.—.

Es war ein glücklicher Gedanke, daß Verff. die Bundesärzteordnung kommentierten. DANIELS ist jetzt Präsident des Bundesgesundheitsamtes, BULLING Oberregierungsrat im Innenministerium Baden-Württemberg. Wenn man die Ausführungen ansieht erkennt man, wie wenig die Einzelfragen bisher behandelt wurden. Es fehlt wohl auch noch an Kasuistik, die für die Nichtjuristen meistens eindrucksvoller ist, als abstrakte Ausführungen. Die Bestallung darf nicht erteilt werden bzw. sie ist zurückzunehmen, wenn sich der Antragsteller eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine „Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufes ergibt“. Sein Verhalten und seine Persönlichkeit müssen so sein, daß er Ansehen und Vertrauen bei der Bevölkerung besitzt. Sonst ist eine ordnungsgemäße Ausübung des Berufes nicht möglich. Unzuverlässigkeit liegt dann vor, wenn jemand bei seiner geistigen und seelischen Verfassung anlagegemäße Wesenseigenschaften nicht besitzt, die zur einwandfreien Ausübung des ärztlichen Berufes unbedingt erforderlich sind. Es braucht sich nicht immer um Psychosen zu handeln. Typische Fälle für den Mangel dieser Eigenschaften sind strafbare Handlungen nicht unerheblicher Art, vor allen Dingen Sittlichkeitsdelikte. Approbationen der SBZ werden jetzt nur nach Prüfung des Einzelfalles anerkannt, nicht grundsätzlich wie früher. Weitere Einzelheiten müssen im Bedarfsfalle den sorgfältigen Ausführungen der Verff. entnommen werden. Das Buch enthält noch die Begründung des Regierungsentwurfes der Bundesärzteordnung, die jetzt gültige Bestallungsordnung, die Preugo und eine Darstellung des Zulassungsrechts in der jetzt noch gültigen Fassung. Die Kammergesetze der Länder sind zitiert, ebenso die Berufsordnung und das Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. 3. 52. — Wer über ärztliche Gesetzes- und Standeskunde zu unterrichten hat, wer sich als Dekan einer medizinischen Fakultät oder Vorsitzender eines Prüfungsausschusses über Einzelheiten orientieren muß, wird sich gerne mit Erfolg in diesem Buche unterrichten, dessen Anschaffung warm empfohlen werden muß.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **G. Hansen und H. Vetterlein: Ärztliches Handeln — Rechtliche Pflichten in der Deutschen Demokratischen Republik.** 3., verb. Aufl. Leipzig: Edition Leipzig 1963. 148 S. Geb. DM 10.50.

Die Verff. legen die 3. verbesserte Auflage ihres Buches mit dem geänderten Titel: „Ärztliches Handeln — rechtliche Pflichten in der DDR“ vor. Das Buch ist gegliedert in die 4 Hauptabschnitte: 1. Stellung und berufliche Tätigkeit des Arztes in der sozialistischen Gesellschaft, 2. die ärztliche Berufsausübung, 3. die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes, 4. Rechtskunde für den ärztlichen Sachverständigen. In den einzelnen Abschnitten nehmen die Verff. sehr ausführlich und erschöpfend zu allen Fragen aus den Grenzgebieten zwischen Jurisprudenz

und Medizin Stellung. Besonders hervorzuheben ist die prägnante Darstellung der einzelnen Kapitel, die dem nicht Fachkundigen sowohl das Studium dieses Grenzgebietes ermöglicht, als auch zur Beantwortung spezieller Fragen dienen kann. Die von den Verff. gewählte Form der Wiedergabe hat es ermöglicht, daß auf nur 150 Druckseiten außerordentlich viel Stoff gebracht werden konnte. Das Anbringen eines Stichwortverzeichnisses neben der vorhandenen sehr ausführlichen Inhaltsangabe sei für eine weitere Auflage angeregt. SPANN (München)

● **Edmund Chróścielewski i Tadeusz Marcinkowski: Smiertelne powikłania po zastosowaniu antybiotyków.** (Tödliche Komplikationen nach Anwendung von Antibiotica.) Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lek. 1964. 29 S. [Polnisch.] Złoty 5.—

Bei der Anwendung von Antibiotica kann es zu verschiedenen, klinisch gegeneinander abgrenzbaren Nebenwirkungen kommen, z. B. anaphylaktischer Schock, Schädigungen des Nervensystem, der blutbereitenden Organe, der Leber und Nieren, Jarisch-Herxheimersche Reaktionen, entzündliche Veränderungen der Haut und Schleimhäute, unerwünschte Beeinflussung von Mikroorganismen, Vitaminmangelzustände. Diese Nebenwirkungen der Antibiotica sind entweder unmittelbare, wie allergische und toxische Schäden, oder mittelbare, z. B. durch Störung des Gleichgewichtes der Bakterienflora. Das klinische Erscheinungsbild kann dementsprechend sehr vielfältig sein. Der tödliche Ausgang wird am häufigsten durch einen anaphylaktischen Schock bewirkt, der oft blitzartig schwierigste Situationen schafft. Die Autoren hatten im Laufe von 3 Jahren zehn Todesfälle nach Anwendung von Antibiotica zu beurteilen, davon sechs nach Darreichung von Penicillin. Die übrigen Fälle betrafen die Verwendung der polnischen Präparate Tarchocillin (kristallines Penicillin + Procain-Penicillin + Streptomycin), Dwumycyna (Streptomycinsulfat + Dihydrostreptomycinsulfat) und Oxytetracycline (entsprechend dem Terramycin). Die plötzlichen Todesfälle nach Anwendung der Antibiotica werfen vom gerichtsmedizinischen Standpunkt aus die Fragen auf, ob der Tod tatsächlich eine Folge der Medikation und ob die ärztliche Handlung als solche angemessen war. Die richtige Beantwortung dieser Grundfragen, die weitere Detailprobleme umschließen, setzt eine eingehende Analyse jedes einzelnen Falles in klinischer, anatomischer, pharmakologisch-toxikologischer und medizinisch-rechtlicher Hinsicht voraus. Die Überempfindlichkeit gegen Penicillin beruht wahrscheinlich darauf, daß in wässrigen Lösungen frei werdende Penicillinderivate Antigencharakter besitzen können, stabile Eiweißverbindungen eingehen und (in Tierversuchen) Antikörper hervorrufen. Das Penicillin selbst bildet keine solchen Eiweißverbindungen. Ferner ist möglich, daß beim Procain-Penicillin die Procainkomponente in ähnlicher Form wirksam wird. Procain gehört als p-Aminobenzoyldiäthylaminoäthanol zu den „Para-Verbindungen“, die verhältnismäßig häufig zu allergischen Reaktionen führen (gewisse Farbstoffe, Sulfonamide usw.). Schließlich kann das Penicillin eine neurotrope toxische Wirkung entfalten, die sich besonders in Krämpfen äußert. Dem Streptomycin kommt eine ähnliche Wirkung offenbar nicht zu. Die unerwünschten, manchmal tödlichen Nebenwirkungen von Antibiotica, besonders des Penicillins verlangen eine strenge Indikationsstellung bei ihrer Anwendung. Es muß mit der Unsitte aufgeräumt werden, diese Heilmittel bei jeder banalen Erkrankung anzuwenden. Die Anamnese muß sich auf allergische Erscheinungen des Patienten und seiner Familie erstrecken. Es empfiehlt sich ferner, die Medikation mit kleinen Gaben zu beginnen und auf Nebenwirkungen zu achten, bevor die ganze therapeutische Dosis verabreicht wird. Wenn sich der Verdacht auf eine Penicillin-Überempfindlichkeit ergibt, verpflichtet in Polen eine Verordnung des Ministeriums für Gesundheit und soziale Fürsorge zur Vornahme biologischer Proben: Einträufelung in den Bindehautsack bei Verwendung von kristallinem Penicillin und intracutane Injektion bei Anwendung von Procain-Penicillin. Vereinzelt wurden allerdings auch schon bei dieser Maßnahme ernstere anaphylaktische Erscheinungen beobachtet.

BOLTZ (Wien)

L. Mașca-Ciobanu, C. Morath und S. Stambuliu: Das abdominale Syndrom bei anaphylaktoider Purpura des Kindes. Klinik und Verlauf unter Kortikoidbehandlung. *Viața med.* 10, 329—334 mit franz., engl. u. dtsch. Zus.fass. (1963). [Rumänisch.]

Ziel der Behandlung ist das Verschwinden oder zumindest die Besserung reaktiv entzündlicher Erscheinungen. Dies kann man erreichen, indem den Patienten Medikamente verabreicht werden, die auf die Capillaren wirken, sowie Corticoide in individueller und vorsichtiger Dosierung. — Verff. untersuchen an Hand von 15 Fällen anaphylaktoider Purpura des Kindes die klinischen Aspekte und den Krankheitsverlauf, sowie die Magen- und Darmkomplikationen die

unter Corticoidbehandlung auftreten können. 60% der Patienten wurden unter Corticoidbehandlung von solchen Erscheinungen befallen. Der oft paroxysmale abdominale Schmerz geht nicht selten den eigentlichen Hauterscheinungen der Purpura voraus, erschwert die Differentialdiagnose und kann zur fälschlichen Einweisung in eine chirurgische Abteilung, mit den möglichen operativen Folgen, führen. Der meist rasche Verlauf der Darmblutungen kann die Purpura verschlimmern und allein eine gründliche, sich nicht nur auf die Abdominalsymptome beschränkende Untersuchung des Patienten führt zur Erkennung der wahren Diagnose. Neben den vorsichtig dosierten Corticoiden haben deshalb die capillaraktiven Mittel ihren Platz in der Therapie dieses Krankheitsbildes.

P. BOTA (Basel)

G. Gehrman, E. L. Schäfer und M. Wunder: Klinische und radiologische Befunde bei Thorotrastschädigungen. [I. Med. Klin., Med. Akad., Düsseldorf.] Dtsch. med. Wschr. 88, 2050, 2053—2056 u. Bild. 2051 (1963).

Es wird über 5 Fälle mit Thorotrast-Spät Schäden berichtet, die durchweg eine vieljährige Latenzperiode aufweisen (15—20 Jahre). Wegen der Affinität des Thoriumdioxids zum R.E.S. findet eine Ablagerung vorwiegend in Leber und Milz statt, die persistiert bleibt. Als strahleninduzierte Folgeerscheinungen sind das lokale „Thorostratom“ und vor allem Malignome der Leber zu erwarten. Die Milz ist meist fibrotisch verändert. Als röntgenologisch suspekt müssen eigenartige fleckförmige „Verkalkungen“ in Leber- und Milzbereich gelten. Mittels empfindlicher Meßapparaturen ist heute auch ein direkter szintigraphischer Nachweis zu führen. Die Autoradiographie kann schließlich wegen der charakteristischen Alpha-Bahnspuren sogar die „Artdiagnose“ stellen. (Anm. d. Ref.)

CHONÉ (Heidelberg)^{oo}

Karl Heinrich Brauer, Hans Christian Gabsch, Konrad Hennig und Lothar Mönch: Spät Schäden nach Thorotrastapplikation unter besonderer Berücksichtigung der Thorotrastpyelographie. [Path. Inst., Chir. Klin., Strahlenklin., Urol. Klin., Med. Akad., Dresden.] Z. ges. inn. Med. 19, 759—764 (1964).

F. Heully, G. de Ren, M. Taillandier, D. Meyer et G. Simon: Médication anticoagulante et alopecie. [Soc. Méd. Lég. et Criminol. de France, 8. VI. 1964.] Ann. Méd. lég. 44, 474—480 (1964).

Julio Palacio, Juan J. Guido, Orlando Gennaro y Carlos E. González Botana: Mediastinitis por perforación instrumental del esofago. (Mediastinitis durch instrumentale Perforation des Oesophagus.) [Cuarta Cátedra de Clínica Médica, Facultad de Medicina, Buenos Aires. Instituto Luis Agote (Hospital Rawson).] Pren. méd. argent. 50, 173—177 (1963).

71jährige Patientin, schon früher wegen Ösophagusdivertikel behandelt, erkrankt Juli 1961. Melaena, Ohnmacht, schlechter allgemeiner Zustand, Anämie von 2880000 Ery., 7,5% Hgb. Bei der Ösophaguskopie verursacht der Apparat eine Perforation des Divertikels. Es folgt Emphysem des Mediastinum und subcutan am linken Rand des Sternum und an der Fossa supraclavicularis dextra. Infektion trotz Penicillin und Streptomycin. Der schlechte Zustand der Patientin stand einem chirurgischen Eingriff im Wege, daher Ernährung mittels Katheter und reichlich Antibiotica. Im Antibiotogramm zeigt sich Erytromycin besonders wirksam. Die Infektion verbreitet sich auf die rechte Lunge. Beim Husten reichlicher Auswurf, bis zu 200 cm³ in 24 Std. Eine Durchleuchtung mit Lipiodolkontrast ergibt eine Ösophagus-Mediastinum-Trachea-Fistel. Die Behandlung wird unter denselben Maßregeln weiter geführt. Nach 2½ Monaten kann sich Patientin auf normaler Weise ernähren; die Durchleuchtung mit Kontrastbrei beweist eine Vernarbung der Fistel. Nach 4 Monaten wird Patientin in leidlichem Zustand entlassen. Der Fall beweist die Möglichkeit der Heilung einer Mediastinitis durch Perforation ohne chirurgischen Eingriff, wenn dieser aus irgend einem Grund nicht ausgeführt werden darf. Er beweist ebenfalls, wie nötig es ist, vor einer Endoskopie eine eingehende Durchleuchtung durchzuführen und dem Endoskopisten den Befund sehr genau bekannt zu geben.

FERNÁNDEZ MARTÍN

J. Lefebvre et J. Aicardi: Accidents retardés à l'injection non intramusculaire de produit de contraste iodé hydrosoluble. (Verspätete Zwischenfälle nach nicht intra-

muskulärer Injektion eines wasserlöslichen jodhaltigen Kontrastmittels.) [Soc. Méd. Lég., 9. III. 1964.] Ann. Méd. lég. 44, 348—350 (1964).

Es wird über drei Fälle berichtet. Fall 1: 20 Monate altes Kind mit kongenitaler Hüftgelenkluxation. Nach Arthrogramm wird operiert. Am Abend und in der Nacht Temperaturen bis 38,6°. Am Morgen, gegen 6³⁰ Uhr, peripherer Kreislaufkollaps, Tachykardie bis 140/min, gerötete, trockene Schleimhäute, keine Pneumonie. Nach Behandlung mit Infusionen und Sauerstoffbeatmung Exitus gegen 10 Uhr. In der Familie gehäuft allergische Erkrankungen. Fall 2: 18 Monate altes Kind mit Hüftgelenkluxation in hervorragendem Allgemeinzustand stirbt 34 Std nach Arthrogramm (2 ml 35%iges Diodon). Am Morgen nach dem Eingriff hohe Temperaturen. Tachykardie bis 140/min. Stark gerötete Schleimhäute. Konjunktivale Injektion. Profuse Durchfälle; später Lungenödem, Kreislaufkollaps. Behandlung mit Infusionen und Sauerstoffbeatmung. Fall 3: 17 Monate altes Kind mit Hüftgelenkluxation ohne besondere Anamnese. Es wird in gleicher Weise wie in Fall 2 ein Arthrogramm durchgeführt. Am nächsten Tage Temperaturanstieg auf 40°. Cyanose, Dyspnoe, gerötete und trockene Schleimhäute. Der Zustand dauert etwa 36 Std. Dann bestehen längere Zeit subfebrile Temperaturen und schließlich wird eine eitrige Arthritis am nicht arthrographierten Hüftgelenk festgestellt. In allen 3 Fällen wurden vor dem Eingriff Sensibilitätsteste gegen Jod durchgeführt, die nicht auf Jod-überempfindlichkeit hinwiesen.

H. SCHWEITZER (Düsseldorf)

Klaus H. Simon: Sind Menschenversuche notwendig? Med. Mschr. 18, 208—210 (1964).

Verf. diskutiert die Frage der Berechtigung und der Notwendigkeit der Versuche am Menschen unter Hinweis auf die große Bedeutung, die solchen Versuchen in der Entwicklung der Medizin zugekommen ist. Die Bedingungen unter denen Versuche am Menschen zulässig sind, wie sie vom Internationalen Gerichtshof zu Nürnberg formuliert wurden, werden wiedergegeben.

SPANN (München)

W. Vahlensieck: Zur medizinischen Begutachtung bei Schmerzensgeldansprüchen im Arzthaftpflichtverfahren. [Chir. Univ.-Klin., Bonn-Venusberg.] Med. Sachverständige 60, 156—163 (1964).

Der Anspruch auf Schmerzensgeld nach § 847 BGB ist kein gewöhnlicher Schadensersatzanspruch, sondern ein Anspruch eigener Art mit einer doppelten Funktion: „Er soll dem Geschädigten einen angemessenen Ausgleich für diejenigen Schäden bieten, die nicht vermögensrechtlicher Art sind, und zugleich dem Gedanken Rechnung tragen, daß der Schädiger dem Geschädigten Genugtuung schuldet für das, was er ihm angetan hat. Bei der Feststellung dieser billigen Entschädigung dürfen grundsätzlich alle in Betracht kommenden Umstände berücksichtigt werden, darunter auch der Grad des Verschuldens des Verpflichteten und die wirtschaftlichen Verhältnisse beider Teile. Dabei hat die Rücksicht auf Höhe und Maß der Lebensbeeinträchtigung durchaus im Vordergrund zu stehen, während das Rangverhältnis der übrigen Umstände den Besonderheiten des Einzelfalles zu entnehmen ist“ (BGH, 6. 7. 55). Bei der Haftung aus Vertrag ist ein Schmerzensgeldanspruch nicht gegeben. Bei Zusammentreffen der Haftung aus unerlaubter Handlung mit Vertragshaftung beseitigt die Vertragshaftung den aus der unerlaubten Handlung abzuleitenden Schmerzensgeldanspruch jedoch nicht. Das gilt insbesondere für die Arzthaftung, wenn der Patient unter Verstoß gegen ärztliche Kunstregeln behandelt und gesundheitlich geschädigt wurde (BGH, 27. 2. 52). Gutachtenfragen an den medizinischen Sachverständigen werden in erster Linie die Bemessungsfaktoren: Art, Heftigkeit und Dauer der körperlichen oder seelischen Beeinträchtigung und der Beeinträchtigung der Lebensfreude, Geschlecht, Alter und Lebenserwartung und Verhältnis zur Beeinträchtigung; Konstitution und Vorverletzung; Anlaß zur Verletzung; Grad des Verschuldens betreffen. Die Ausführungen des Gutachters zu den körperlichen Schmerzen werden sich im Hinblick auf Art, Intensität und Dauer neben den Erkenntnissen der Schmerzphysiologie im wesentlichen auf praktische Erfahrungen stützen müssen. Dabei hat der Gutachter im wesentlichen zur Glaubwürdigkeit der ausgestandenen Schmerzen des Klägers Stellung zu nehmen; das gilt umsomehr, als es ein objektives Maß zur Prüfung der Schmerzen nicht gibt. Unter Umständen ist auch die Frage einer Dauerwirkung des Schmerzes auf den Verletzten und die dadurch bedingte Senkung des Lebensgefühls, die Beeinträchtigung der Lebensfreude, der entzogene Lebensinhalt im Beruf oder in der Ehe usw. zu berücksichtigen. In Betracht kommt auch Art und Grad der Erkenntnis einer unsachgemäßen oder unterlassenen ärztlichen Handlung, der daraus entstehenden Sorge oder Verstimmung usw. Zu unterscheiden ist dabei auch zwischen schadens-

bedingten Psychosen und angeborenen Psychopathien. Mitteilung einer in 6 Stufen aufgeteilten Tabelle von Schreck- und Besorgnisgraden; unter Verwendung dieser Tabelle wird eine Zuordnungstabelle körperlicher und seelischer Schäden aufgestellt. Bei der Darlegung der Anspruchsgrundlagen sollte der ärztliche Sachverständige auch auf die Beziehungen zu Alter, Lebenserwartung, Konstitution und Vorzustand eingehen, um den erlittenen Schaden in ein rechtes Verhältnis zur Gesamtpersönlichkeit zu stellen. Im Arzthaftpflichtfall sollte der Gutachter schließlich darlegen, daß in der Regel die Tätigkeit des Arztes als Entgegenkommen gegenüber dem Verletzten anzusehen ist, als er seinen Patienten zur Wiederherstellung seines körperlichen und seelischen Wohlbefindens verhelfen wollte. Der Arzt sollte rechtlich nicht unbillig behandelt werden als ein anderer, der aus Gefälligkeit eine Leistung vollbringt und dabei fahrlässig einen Schaden verursacht. Auch der Grad des Verschuldens soll berücksichtigt werden, wozu der BGH am 6. 7. 55 ausgeführt hat, daß es der Billigkeit entspricht, eine besonders leichte Fahrlässigkeit zugunsten des Schädigers zu berücksichtigen. Da heutzutage die Bereitschaft eines Geschädigten, eine auch nur geringfügige Verletzung hinzunehmen, kaum noch besteht, sollte durch den sachverständigen Arzt dem Richter durch Darstellung der Verletzung in ihrer vollen Tragweite eine wichtige Hilfe zur Objektivierung der Tatsachen gegeben werden. Der Verf. betont, daß zur Höhe des Schmerzensgeldes der medizinische Sachverständige nicht Stellung nehmen soll, weil hier noch andere Gesichtspunkte von Bedeutung sind.

J. PROBST (Murnau)^{oo}

F. Volrad Deneke: Schweigepflicht und Aufklärungspflicht des Arztes. Dtsch. Ärztebl. 61, 2091—2097 (1964).

Nach philosophischen Überlegungen zu den Beziehungen zwischen Arzt und Patient wird vom Verf. die Problematik der Schweigepflicht und Aufklärungspflicht folgendermaßen unterteilt: 1. Das Schweigerecht des Patienten. 2. Die Schweigepflicht des Arztes. 3. Das Schweigerecht des Arztes. 4. Die Aufklärungspflicht des Arztes. 5. Das Offenbarungsrecht des Arztes. 6. Die Offenbarungspflicht von Arzt und Patient. — Die Ausführungen zu den einzelnen Punkten werden ohne praktische Beispiele und mehr in abstrakter Form gebracht. Mit Recht wird auf die wichtige Feststellung von EBERHARD SCHMIDT hingewiesen, daß häufig ein spezielles Sozialinteresse an der ärztlichen Schweigepflicht besteht. Der Kranke muß sicher sein, daß sein Geheimnis bewahrt wird, sonst wird er sich nicht anvertrauen, folglich nicht geheilt werden und damit eine Krankheit möglicherweise weiterhin verschleppen und verbreiten. — Unter Schweigerecht des Arztes versteht Verf., wie allgemein üblich, das Zeugnisverweigerungsrecht. Die Ausführungen zur Aufklärungspflicht des Arztes bringen bereits bekannte Grundsätze. — Zum Offenbarungsrecht des Arztes wird die Frage gestellt, ob der Arzt das Recht hat, die vom Patienten gewünschte Offenbarung zu verweigern. Es wird dazu die Auffassung vertreten, daß bei einer Meinungsverschiedenheit zwischen Arzt und Patient der Arzt dem Patienten eine Offenbarung an Dritte in der Regel nur deswegen verweigern wird, weil er der Auffassung ist, daß der Patient die Tragweite der Offenbarung nicht übersieht. Grundsätzlich ist bei der Offenbarung durch den Arzt zu beobachten, an wen diese erfolgt und welchen Umfang sie haben darf; dabei sei die Faustregel zu beachten: „So wenig wie möglich — so viel wie nötig.“ Abschließend wird vom Verf. festgestellt, daß in den meisten Ländern die gesetzlichen Regelungen von Schweigepflicht und Aufklärungspflicht den Arzt nicht befriedigen. Umsomehr ist es zu begrüßen, daß durch eine Entscheidung des 7. Senats des bayerischen Landessozialgerichtes vom 6. 4. 62 die Gewissensentscheidung eines Arztes als für das Gericht verbindlich anerkannt wurde. W. JANSSEN

Gregor Lorscheid und Hans W. Sachs: Der Arzt im Konflikt zwischen den Aufgaben der Individualmedizin und den Forderungen der Gesellschaft. [Poliklin. f. Zahn-, Mund- u. Kieferkrankh., Inst. f. Gerichtl. Med., Univ., Münster.] Dtsch. Zahnärztebl. H. 20, 635 (1964).

Abhandlungen über Beobachtungen von Pflichtenkollision aus dem Material eines Gerichtsmediziners. Die Ausführungen stützen sich auf eigene Fälle und Auswertungen des Schrifttums. — Im besonderen befassen sich die Autoren mit Konflikten bei der Schweigepflicht. Gegenüber Eltern von Jugendlichen soll sich der Arzt, sofern der Kranke ein Alter erreicht hat, das ihn zu einer in dieser Hinsicht schutzwürdigen Person macht, an den ausdrücklichen Wunsch um Geheimhaltung gebunden fühlen. Wenn die Eltern jedoch Mitteilung des Befundes wünschen, müssen die beiderseitigen auf dem Spiel stehenden Belange sorgfältig gegeneinander abgewogen werden. In manchen Fällen kann der Arzt auch trotz besonderer Diagnose eine Verpflichtung haben, oder aus der Sorge um künftige Komplikationen die Verpflichtung ableiten, dem gesetz-

lichen Vertreter eines Minderjährigen Auskunft zu geben. Als Beispiel wird der Fall eines 20jährigen Mädchens angeführt, das ein uneheliches Kind erwartet und den Arzt aus Sorge vor der Strenge der Mutter bittet zu schweigen. Nach der heimlichen Geburt des Kindes tötet das Mädchen das Neugeborene. Das Mädchen selbst wäre beinahe verblutet; es wurde später wegen Kindstötung zu Gefängnis verurteilt. — Diese Folgen wären vermeidbar gewesen, wenn die Mutter zum Nutzen der minderjährigen Tochter sogleich den wahren Sachverhalt erfahren hätte. — „Wenn der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen seine Schweigepflicht bejaht, ist ein Vorwurf der Eltern ohne rechtliche Bedeutung.“ — Es folgen dann Beispiele und Überlegungen aus dem einschlägigen Schrifttum zu den Fragen der Schweigepflicht gegenüber Ehegatten, Polizei und Gericht und Institutionen, sowie zu den Fragen der Herausgabe von Krankengeschichten. Hier wird mit Recht darauf hingewiesen, daß auch die Entbindung von der Schweigepflicht keine für alle Fälle geeignete Lösung ist, was von Verff. an eindrucksvollen Beispielen belegt wird. Ein breiter Raum wird auch den Konflikten bei Bescheinigungen über die Arbeitsfähigkeit und dem sehr problematischen Unwesen der sog. Gefälligkeitsatteste gewidmet. Abgeschlossen werden die lehrreichen Darstellungen mit Berichten über Konflikte bei Verschreibungen von Betäubungsmitteln, wobei es einmal zu harmlosen Verstößen von Ärzten aus Unachtsamkeit, aber auch zu ernsteren Folgen kommen kann, weil Ärzte gegenüber rauchmittelsüchtigen Patienten nicht genug konsequent waren.

W. JANSSEN (Heidelberg)

D. Schranz: Die Frage der Verantwortlichkeit in der Geriatrie. [Abt. f. Gerichtl. Stomatol., Zahnärztl. Fak., Budapest.] [5. Kongr., Internat. Akad. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Wien, 22.—27. V. 1961.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 17, Nr 3, 103—106 (1964).

H. Lohmeyer: Die steuerstrafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes für strafbare Handlungen seiner Beauftragten. Berl. Med. 15, 615—616 (1964).

Marguerite Rateau: L'euthanasie et sa réglementation pénale. Rev. Droit pénal Crimin. 45, 38—62 (1964).

F. Rath: Der Anspruch auf Tariflohn für sog. Volontärärzte. Eine rechtliche Würdigung. Berl. Med. 15, 463—465 (1964).

Besprechung eines Urteils des Bundesarbeitsgerichtes (BAG), dem die Nachforderung eines Volontärarztes auf Zahlung des vollen Gehaltes zugrunde lag. Das BAG setzt im vorliegenden Urteil seine bisherige Rechtsprechung zu den Gehaltsansprüchen der sog. Volontärärzte fort. Ein Ausbildungsverhältnis setzt immer eine Befristung voraus. Liegt eine Befristung nicht vor, so besteht ein Anspruch auf Tariflohn. Ohne Bedeutung ist es dann, ob der Arzt zu Ausbildungszwecken eingestellt worden ist, wenn er nur volle ärztliche Tätigkeit leistet. Aber auch in einem befristeten Ausbildungsverhältnis kann unter Umständen der Anspruch auf Tariflohn begründet sein, wenn der Arzt eine volle ärztliche Tätigkeit ausübt.

SPANN (München)

K. Zweck: Steuerliche Behandlung der Teilnahme an Ärztekongressen und ärztlichen Fortbildungskursen im In- und Ausland. Therapiewoche 14, 1146—1151 (1964).

Robert Schmelcher: Wichtiges Urteil des Bundesarbeitsgerichts über die Kündigung eines Krankenhaus-Röntgenologen. Dtsch. med. Wschr. 89, 1316—1320 (1964).

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hat in seinem Urteil vom 24. 10. 63 (2 AZR 396/63), das im Zusammenhang mit der Kündigung eines an einem Katholischen Krankenhaus angestellten Röntgenologen ergangen war, eine Reihe wichtiger Grundsätze aufgestellt. Einzelheiten der sehr ausführlich wiedergegebenen Urteilsgründe sind im Original nachzulesen.

SPANN

Alfredo Calcedo Ordoñez: Los trasplantes de organos ante la medicina legal. (Die Übertragung von Organen im Lichte der Gerichtlichen Medizin.) [Gerichtsarzt. Stabsarzt, Leiter der Psychiatrischen Abteilung des Provinziellen Instituts für die Gesundheit.] Bol. Inform. Asoc. nac. Méd. forens. (Madr.) Nr 46—48, 611—614 (1963).

Die Übertragung von Organen wirft die Fragen auf, inwieweit ein Mensch frei über seine Organe verfügen darf und inwieweit dem Arzt gestattet ist, die Übertragungseingriffe auszuführen. Verf. stützt sich beim Studium dieser Fragen auf eine eingehende Arbeit von DIEZ DIAZ, der dieses Recht, eine Abzweigung vom Zivilrecht, „Somatisches Recht“ nennt. Moralisten

sind über die Rechtmäßigkeit, bzw. Rechtswidrigkeit des Verfahrens nicht einig. Nach dem Jesuitenpater MONDRÍA soll die Überlassung eines der doppelten Organe, soweit sie die Gesamtfunktion nicht wesentlich schadet, falls sie aus Menschenliebe und mangels eines anderen Mittels ausgeführt wird, nicht unbedingt rechtswidrig sein. Diese Meinung wird auch allgemein von spanischen Ärzten vertreten. Das Zivilrecht hat sich bis jetzt darüber nicht geäußert. Vom medizinischen Standpunkt aus muß man bestätigen, daß die Übertragung von Organen in den meisten Fällen fehlschlug. Die fremden Organe wurden nicht ertragen und gingen zugrunde. Die Aufopferung des Spenders blieb nutzlos. Die geringe Aussicht auf Erfolg wird dem Arzt in den meisten Fällen von dem Eingriff abraten. Bei der Übertragung von Leichenorganen besteht diese Beschränkung natürlich nicht.

FERNÁNDEZ MARTÍN (Madrid)

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

Wilhelm Haferland: Menschenblutnachweis mittels Phytopräcipitin. [Inst. f. Gerichtl. Med., Humboldt-Univ., Berlin.] Arch. Kriminol. 134, 12—16 (1964).

Das Verhalten eines kürzlich aufgefundenen Phytopräcipitins (Bryophyllum) gegenüber Humanserum wurde auf seine Eignung zum Blutartnachweis an Blutflecken überprüft. Beim Vergleich mit präcipitierenden Anti-Mensch-Seren gelang die Differenzierung bis zu einem Spurenalter von 5 Jahren ohne Schwierigkeiten.

JUNGWIRTH (München)

Rolf F. Barth and Paul S. Russell: The antigenic specificity of spermatozoa. I. An immunofluorescent study of the histocompatibility antigens of mouse sperm. (Die Antigen-spezifität von Samenzellen. I. Eine Immunfluoreszenzstudie über Gewebsverträglichkeitsantigene des Mäusespermas.) [Dept. of Surg., Harvard Med. School and Gen. Surg. Serv., Massachusetts Gen. Hosp., Boston.] J. Immunol. 93, 13—19 (1964).

Verff. versuchten mit Hilfe der Fluoreszenzantikörpertechnik eine Differenzierung von Spermatozoen mit X- bzw. Y-Chromosomen. Zu diesem Zwecke wurden weibliche Mäuse mit Hauttransplantaten und Lymphozyteninjektionen von männlichen Spendertieren behandelt. Trotz scheinbarer Immunisierung durch die Transplantate war mittels der angewandten Technik keine Differenzierung möglich. Einzelheiten im Original.

JUNGWIRTH (München)

Karl Thoma: Der Speichelnachweis mit Triphenyltetrazoliumchlorid, einschließlich der indirekten Blutgruppenbestimmung aus Speichelspuren. [Landeskrim.-Amt., München.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 17, 39—41 (1964).

Es wird eine Arbeitsvorschrift für den Nachweis gegeben. An Reagentien werden gebraucht: 1%ige, wäßrige Lösung von 2,3,5-Triphenyltetrazolium (Merck) sowie eine 0,5 n NaOH-Lösung. Die zu untersuchenden Briefmarken, Briefverschlußstücke oder Zigarettenmundstücke werden in 4 ml Wasser 1—2 Std bei Zimmertemperatur extrahiert, nach Entfernung des Papiers bei 100° eingengt auf die Hälfte des Volumens. Dann wird mit Ttc und NaOH auf Ascorbinsäure geprüft (bei 80° Reaktionstemperatur). Bei positivem Ausfall der Reaktion wird der weitere Teil der Lösung ganz zur Trockne gebracht und der Rückstand mit verdünntem hoch- und gleichitrigem 0-Serum im Sinne des Holzerschen Agglutininbindungsversuchs versetzt und 2 Std bei Zimmertemperatur stehen lassen. Die folgende Austestung des 0-Serums mit A- und B-Blutkörperchen in üblicher Weise ergab in jedem Fall eindeutige Ergebnisse hinsichtlich der Titerreduktion der X- bzw. β -Agglutine. Nichtausscheider der Blutgruppe 0 können auf diese Weise nicht erfaßt werden.

E. BURGER (Heidelberg)

Giuseppe Squillaci: L'application d'un colorant employé en histologie à des fins d'identification des spermatozoïdes dans des taches de sperme sur des étoffes. (Anwendung eines Färbeverfahrens der Histologie zur Auffindung von Spermatozoen in Zeugflecken.) [Inst. Méd. Lég. et Assurances, Univ., Catania.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 17, 69—70 (1964).

Wegen der starken Affinität des basischen Chromatins der Spermatozoen zu dem Farbstoff Methylgrün-Pyronin wird empfohlen, die in der Histologie gebräuchliche Färbung nach UNNA auch in der gerichtsmedizinischen Spurenkunde beim Spermanachweis anzuwenden. Die Sperma-