

verständigen) und den wesentlichen Inhalt seiner Bekundungen schon vor der Verhandlung zu offenbaren, während bisher das Überraschungsmoment eine wesentliche Rolle spielte. Die Sachverständigen sind daher an der Frage, ob ihr Zeugnis bis zur Verhandlung allein ihrem auftraggebenden Anwalt bekannt sein darf, praktisch sehr interessiert. Der Sachverständige hat im Kreuzverhör gegebenenfalls nur mit „ja“ oder „nein“ — ohne eigene Zusätze — zu antworten, wenn ihm dies aufgegeben wird. Allerdings braucht er auch nichts gegen seine Überzeugung auszusagen; er kann sich auf die Erklärung, keine Antwort zu haben, zurückziehen. Verf. gibt dem Sachverständigen Hinweise, wie er unangenehmen Fragen ausweichen oder sich Zeit zur Antwort schaffen kann. Der Aufsatz läßt deutlich die Schwierigkeiten erkennen, denen im amerikanischen Gerichtsverfahren der Sachverständige gegenübersteht, weil nicht objektive Erforschung der Wahrheit, sondern die Beweisführung der Parteien im Vordergrund steht.

KONRAD HÄNDEL (Waldshut)

Edwin C. Conrad: The expert and legal certainty. (Der Sachverständige und die Gewißheit im Rechtssinne.) [16. Ann. Meet., Amer. Acad. of Forensic Sci., Chicago, 27. II. 1964.] J. forens. Sci. 9, 445—455 (1964).

Der Sachverständige im amerikanischen Verfahrensrecht ist oft in einer schwierigen Lage. Er ist nicht Gehilfe des Richters bei der Wahrheitsfindung, sondern einer Partei bei der Durchsetzung ihrer Rechtsansprüche. Er kann nicht nach eigenem Ermessen tätig werden, sondern muß sich an die ihn einengenden rechtlichen Spielregeln halten, kann daher keine Fragen zur weiteren Aufklärung stellen, seine wissenschaftliche Meinung nicht unumwunden vortragen, sich nicht gegen Fragen verwehren und muß Fragen, die gekünstelt und spitzfindig sind, gehorsam beantworten. Auf der anderen Seite wird er nicht mit der einem Wissenschaftler gebührenden Achtung behandelt, sondern muß gelegentlich massive Angriffe auf sein Können und seine Integrität wehlos hinnehmen. Der Verf. weist selbst darauf hin, daß es eigentlich unzumutbar sei, als Sachverständiger vor Gericht aufzutreten, wenn nicht die Sorge um die eigene Existenz den Sachverständigen dazu zwingt. Da dem Sachverständigen häufig die Frage gestellt wird, ob eine Tatsache als „wissenschaftlich gewiß“ angesehen werden könne, erörtert Verf., wann eine Tatsache wissenschaftlich als „gewiß“ oder „wahrscheinlich“ bezeichnet werden könne. Das Kreuzverhör ist geeignet, den wissenschaftlich einwandfreien, aber forensisch unerfahrenen Sachverständigen in höchst peinliche Lagen zu bringen. Der Sachverständige, der die Möglichkeit einer anderen Beurteilung einräumt, enttäuscht seinen Auftraggeber. Es kommt vor, daß der Sachverständige im Kreuzverhör zur Erklärung der Wahrscheinlichkeit oder Möglichkeit einer Tatsache in eine Art Wette gedrängt wird, die das Ausmaß der Möglichkeit widerspiegelt; geht der Sachverständige auf derartige Methoden nicht ein, verliert er bei den Laienrichtern seine Glaubwürdigkeit, geht er darauf ein, so schadet dies seinem wissenschaftlichen Ansehen. Verf. regt an, den Begriff der „vernünftigen wissenschaftlichen Gewißheit“ aufzugeben und sich auf den der „vernünftigen wissenschaftlichen Wahrscheinlichkeit“ zurückzuziehen. Von „absoluter wissenschaftlicher Gewißheit“ solle jedenfalls vor amerikanischen Gerichten niemals gesprochen werden.

KONRAD HÄNDEL (Waldshut)

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

● **Therapie über das Nervensystem — Neurovegetative Therapie.** Hrsg. von D. GROSS in Gemeinschaft mit W. BLUNCK, J. FAUST, C. FREY u. a. Bd. 1: Grundlagen und Grenzen. Eine Synthese. 2. Aufl. Stuttgart: Hippokrates-Vlg. 1964. 222 S. mit Abb. DM 28.—.

Die Publikation soll nach dem Willen seiner Herausgeber dazu beitragen, in der „neurovegetativen Therapie“, über den subjektiven Eindruck hinaus objektive Kriterien der Behandlungserfolge zu erarbeiten. „Sektiererische Monologe mancher aus der Empirie kommenden Behandlungsmethoden“ sollen aus ihrer monomanen Isolierung herausgeführt werden, das Ziel ist, Anschluß an die medizinische Lehre zu finden. Ohne sich mit den Vorstellungen und Ansprüchen der Neuraltherapeuten zu identifizieren haben mehrere namhafte Kliniker wissenschaftlich fundierte Beiträge geliefert, die zu anderen, zum Teil recht schwachen Arbeiten auffällig kontrastieren. W. UMBACH berichtet über zentrale Eingriffe, insbesondere die Technik stereotaktischer Operationen, R. MAY und E. KUX bringen Beiträge zur Sympathicuschirurgie, H. LULLIES und TH. THOM legen Grenzen und Möglichkeiten der Elektrotherapie dar. — E. HAGEN

referierte über Anatomie und Histologie des vegetativen Nervensystems, G. HILDEBRANDT zeigte balneologische H. LINKE pharmakodynamische Aspekte auf. — H. HENGSTMANN und W. BLUNKS neurosenpsychologisch orientierte Beiträge sind auf die Belange des Allgemeinpraktikers abgestimmt. Zu den Ausführungen der Neuraltherapeuten (W. HUNEKE, „Sekundenheilung durch Neuraltherapie“ E. W. STEFFATER und H. MÜLLER „Akupunktur“ u. a.) ist anzumerken, daß die pathophysiologischen Vorstellungen über die Wirkung dieser Behandlungsmethoden, wie sie von vielen ihrer Anhänger entwickelt wurden, bisher wissenschaftlich als keineswegs hinreichend unterbaut gelten können, und daß nach wie vor viele dieser Darlegungen bekanntlich lediglich den Rang von Hypothesen haben. Bei der Bewertung der Erfolge, auf die von vielen Neuraltherapeuten immer wieder als Legitimation für ihr Handeln hingewiesen wird, sollte man im Auge behalten, daß die Statistiken und Katamnesen zumeist nicht entfernt den Ansprüchen gerecht werden, wie sie z. B. von P. MARTINI für die Beweisführung in der Heilkunde gefordert werden. Leider hat man auch in diese Ausgabe wieder den Beitrag von G. REID über die „cisternale Therapie“ aufgenommen, vor der nicht nur H. ZIFF [H. ZIFF und G. SCHLICK-EISEN, Arzneimittel-Forsch. 9, 137 (1959) und der Referent [G. MÖLLHOFF Med. Sachverst. 58, 149 (1962); Med. Welt 1963, 2401 u. a.] auf Grund tierexperimenteller und klinischer Beobachtungen nachdrücklich warnten, auch die Arzneimittelkommission der Bundesärztekammer hatte bereits 1963 dieses therapeutische Vorgehen in einem öffentlichen Hinweis an alle deutschen Ärzte als gefährlich bezeichnet und vor der Anwendung dieser Methode gewarnt [Ärztl. Mitt. (Köln) 1612 v. 27. 7. 63]. G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

F. Gerstl: Hautnekrosen nach der Anwendung eines quaternären Ammoniumsalzes zur Desinfektion von Injektionsnadeln. Beobachtungen nach einer BCG-Vaccination bei Säuglingen. [Bundesstaat. Impfstoffgewinnungsanst., Wien.] Wien. med. Wschr. 114, 95—97 (1964).

Ch. Mueller-Eckhardt: Blutungen durch Mißbrauch von Antikoagulantien. [I. Med. Univ.-Klin., Kiel.] Med. Klin. 59, 1131—1133 (1964).

Es wird über den Fall einer Krankenschwester berichtet, die eine Überdosis Marcumar zu sich nahm, um ein Blutungsübel vorzutäuschen. Sämtliche Faktoren des Prothrombinkomplexes waren stark erniedrigt (II, VII, IX und X), die Gerinnungszeit war auf Stunden verlängert. Auf Frischbluttransfusionen und Vitamin K₁-Gaben kam es zum raschen Sistieren der Blutungserscheinungen (ausgedehnte Schleimhaut- und Hautblutungen, Oberbauchsymptome) und zu einer Normalisierung der Gerinnungsbefunde. Bei der Differentialdiagnose solcher Zustände wird davon ausgegangen, daß einerseits ein kongenitaler Defekt sämtlicher Faktoren des Prothrombinkomplexes nicht bekannt ist, andererseits ein erworbener Defekt eines einzelnen Faktors des Prothrombinkomplexes nicht vorkommt. Die Verminderung sämtlicher Faktoren des Prothrombinkomplexes ist also als erworbener Zustand zu betrachten und kommt vor bei: Leberparenchymerkrankungen, bei Vitamin K-Mangel und nach Einnahme von Cumarin- oder Indandionpräparaten. Aus dem Schrifttum werden 14 weitere Beobachtungen angegeben.

K. IRSTGLER (Wien)^{oo}

Harald Lindner: Akuter hepatischer Schub nach Absetzen einer längeren Corticosteroidmedikation. [II. Med. Abt., Allg. Krankenh., Eilbek, Hamburg.] Med. Welt 1963, 1204—1212 u. Bild. 1217.

Schon früher wurde vom Autor mitunter eine Verschlechterung des Krankheitsverlaufs der Lebercirrhose unter Cortisonbehandlung beobachtet. In fünf Fällen mit bisher stationärer latenter Hepatopathie, die wegen anderer Krankheiten (Endokarditis, primär-chronische Polyarthrit, Arachnitis spinalis, Lymphosarkom) Corticosteroide erhielten, trat nach Absetzen des Medikaments ein akuter hepatischer Schub auf. Über den pathogenetischen Mechanismus dieser Komplikation können noch keine sicheren Angaben gemacht werden. WOLFGANG HACH.^{oo}

W. Holland-Cunz: Zwischenfall nach intravenöser Ajmalin-Anwendung bei supra-ventrikulärer Tachykardie. [Inn. Abt., Kreiskrankenh., Schmalkalden.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 19, 1195—1199 (1964).

Es wird ein Zwischenfall nach intravenöser Ajmalin-Gabe beschrieben (Tachmalin: Hersteller VEB Arzneimittelwerk Dresden). — Bei einem 51jähr. Kranken, bei dem auf Grund des EKG-Befundes eine „regelmäßige Sinustachykardie von 150/min“ bei QRS-Deformierung und -Verlängerung auf 0,11 sec mit einer vorwiegend linksventrikulären Erregungsrückgangs-

störung angenommen wurde, kam es wenige Sekunden nach langsamer i.v. Injektion von 50 mg zu einem schweren Kollaps mit 45 min lang anhaltendem Kammerflattern. Durch intensive Behandlung konnte der Zustand allmählich wieder überwunden werden (Herzmassage, Arterenol, Digitoxin, Novocamid, O_2 -Atmung etc.). Im weiteren Verlauf fanden sich EKG-Veränderungen im Sinne einer Myokarditis. Es wird daher zur Vorsicht bei i.v. Ajmalin-Anwendung geraten, wenn Verdacht auf myokarditische Prozesse gegeben ist und EKG-Veränderungen mit Verbreiterung und Deformierung von QRS bei Sinustachykardie vorliegen. Kritisch muß jedoch zu diesen Ausführungen bemerkt werden, daß aus Abb. 2 der Veröffentlichung hervorgeht, daß es sich in diesem Falle nicht um eine „Sinustachykardie“ handelte, daß vielmehr ein tachykarder Zustand bei Vorhof-Tachysystolie mit 2:1-Blockierung vorlag. In V2, V3 und V4 sind die spitzen P-Potentiale mit einer Frequenz von 300/min dargestellt bei einer Kammer-Frequenz von 150/min. — Die Beobachtung bestätigt wiederum, daß bei bestehenden Überleitungsstörungen eine absolute Kontraindikation für eine Ajmalin-Therapie gegeben ist [vgl. z. B. F. BRAUCH: Med. Klin. 58, 1562 (1936), ders.: Med. Welt 1954, 625 — dort weitere Literatur].

F. BRAUCH (Bochum)^{oo}

G. Pierucci: Considerazioni medicolegali su di un reperto occasionale di torotrastosi. (Gerichtsmedizinische Betrachtungen über einen zufälligen Befund von Thorotrastosis.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Pavia.] G. Med. leg. 10, 72—81 (1964).

Bei einer 27jährigen Frau, die 3 Std nach einem Verkehrsunfall an einem Schädelbasisbruch verstorben war, wurde bei der Obduktion zufällig eine „Parathesaurismosis“ festgestellt. Sie bestand aus Ansammlungen von Thorotrast in Leber und Milz; es fehlten jedoch Anzeichen regressiver Parenchymveränderungen; es war lediglich eine Verstärkung des Bindegewebes vorhanden. — Nach einem Hinweis darauf, daß das Problem hinsichtlich freiwilliger Körperverletzungen durch Thorotrast mit dem Absetzen des Präparates als Kontrastmittel hinfällig geworden ist, hebt Verf. hervor, daß derartige Befunde eventuell zur Identifizierung einer Leiche beitragen können.

P. GROSSER (Padua)

M. Kohlhaas: Berufsgeheimnis des Werksarztes. Frage und Antwort. Münch. med. Wschr. 106, 2271—2272 (1964).

Die Anfrage betrifft das Berufsgeheimnis des Werksarztes bei Untersuchungen, die im Auftrage des Arbeitgebers durchgeführt werden. — In seiner Antwort berührt Verf. zunächst einige Fragen, die bei reiner ärztlicher Behandlung von Betriebsangehörigen entstehen können. Wird zum Beispiel bei einem solchem Patienten eine Erkrankung festgestellt, die sich mit seinem Arbeitsplatz innerhalb des Betriebes nicht vereinbart und zu einer Gefahr für den Patienten oder für den Betrieb führt, dann sei der Arzt verpflichtet dem Patienten einen Wechsel seiner Arbeitsstelle anzuraten. Er wird dem Patienten sagen müssen, daß er nicht die Verantwortung tragen könne, sein Wissen für sich zu behalten und so andere Menschen z. B. einer Ansteckung auszusetzen, oder Unfallgefahren herbeizuführen (Epileptiker am Förderband). Natürlich ist hier auch der Hinweis darauf, daß nach der Gewerbeordnung Leute wie der Patient gar nicht mit bestimmten Arbeiten beschäftigt werden dürfen, und daß der Arbeitgeber möglicherweise strafbar werde. Hilft dieser Hinweis nicht, dann wird der Arzt dem Patienten sagen können, daß er dem Arbeitgeber ohne Nennung der Gründe eine Entlassung des Patienten anraten müsse. — Bei Einstellungsuntersuchungen entsteht an sich, ähnlich wie beim „Vertrauensarzt“, kein eigentliches „Vertrauen“ zwischen Patient und Arzt. Sollte eine Krankheit festgestellt werden, die gegen eine Einstellung spricht, dann wird es sich empfehlen, den Patienten darüber aufzuklären. Bei Befunden, die mit Sicherheit ausschließen lassen, daß eine Einstellung, mindestens für den erstrebten Posten, medizinisch möglich ist, wird der Arzt dem Bewerber es nahe legen, seine Bewerbung zurückzunehmen. Andernfalls wird der Arzt ohne Nennung der Diagnose der Werksleitung von einer Einstellung des Mannes abraten.

W. JANSSEN (Heidelberg)

H. Schur: Zu einigen Fragen der Schweigepflicht des Arztes. Dtsch. Gesundh.-Wes. 19, 2023—2026 (1964).

Die ärztliche Schweigepflicht ist auch in der sozialistischen Gesellschaft fester Bestandteil der ärztlichen Berufsethik und findet im § 300 StGB ihre gesetzliche Würdigung. Verschiedentlich auftretende Widersprüche zwischen den gesellschaftlichen Interessen einerseits und der Intimsphäre des Patienten andererseits geben ständig zu Diskussionen Anlaß. Der Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und seinem Patienten kann nicht in diesen Fällen absolut sein, in denen der Arzt zum Mitwisser eines Geheimnisses wird, dessen Tatsachen objektiv geeignet sind, die gesellschaftlichen Interessen erheblich zu gefährden. Zahlreiche dem Arzt auferlegte

Meldepflichten können bereits als Ausdruck eines bestehenden gesellschaftlichen Interesses betrachtet werden. Gewissenskonflikte für den Arzt entstehen aber immer, wenn entsprechende gesetzliche Regelungen fehlen, die Wahrung eines Geheimnisses aber zu einer erheblichen Gefährdung gesellschaftlicher Belange führt. Gegenwärtig wird man in diesen Fällen nur von einer „ethischen Offenbarungspflicht“ des Arztes ausgehen können. Es erscheint daher notwendig, den Arzt aus aufkommenden Pflichtkonflikten durch zu schaffende rechtliche Regelungen zu befreien (z. B. gesetzlich geregelte Meldepflicht gegenüber der Polizeibehörde. Bei ärztlicher Feststellung einer absoluten oder bedingten Fahruntüchtigkeit, Mitteilung vorliegender Berufsuntauglichkeit an die Betriebsleitungen etc.). Die gegenwärtige gesetzliche Regelung der Schweigepflicht genügt auf medizinischem Gebiet nicht, da von ihr nicht alle Personen und Dienststellen erfaßt sind, die von einem Geheimnis notwendigerweise Kenntnis erhalten müssen. Hierzu gehören insbesondere die Mitarbeiter der Dienststellen der Sozialversicherung. Eine nach Meinung des Verf. unbedingt erforderliche Erweiterung des gesetzlichen Schutzes des ärztl. Berufsgeheimnisses „auf alle notwendig mit der Sache befaßten Personen“ kann jedoch nur dann erreicht werden, wenn sich ein Gesetz an *alle* Personen wendet, die zur Wahrung eines Berufsgeheimnisses aus der notwendigen Kenntnis schutzwürdiger Tatsachen aus der ärztlichen Praxis verpflichtet sind.

AXEL SIMON (Halle a. d. S.)

M. Kohlhaas: Schweigepflichten und Schweigerechte. Therapiewoche 14, 1157—1162 (1964).

Aus den ausführlichen, für den Arzt wichtigen Ausführungen von Verf. (Bundesanwalt in Karlsruhe), sei folgendes hervorgehoben: Die Sprechstundenhilfe eines Lungenfacharztes erkrankt an Tuberkulose. Die Berufsgenossenschaft verlangt in bürokratischem Übereifer von der Sprechstundenhilfe, sie solle sämtliche Namen von Patienten wissen, die mit ihr in Berührung gekommen seien, andernfalls könne der Schadensfall nicht bearbeitet werden. Es genügt nach Meinung von Verf. in solchen Fällen, daß die Berufsgenossenschaft den Arzt um Mitteilung bittet, ob seine Mitarbeiterin vor Einstellung untersucht wurde, wie der Befund damals war und ob und wann sie ungefähr mit infektiösen Patienten in Berührung gekommen sein könnte. Zu einer derartigen Mitteilung ohne spezielle Namensnennung ist der Arzt ohne weiteres berechtigt und verpflichtet. Wenn ein Arzt oder eine Fürsorgerin ein schwangeres Mädchen betreut und wenn dabei bekannt wird, daß das Kind infolge Blutschande vom eigenen Vater erzeugt wurde, so brauchen Arzt und Fürsorgerin, wie jeder andere Staatsbürger auch, keine Anzeige erstatten. Berechtigt dazu sind sie dazu unter Umständen, wenn sie es für ihre höhere sittliche Pflicht halten und wenn sie meinen, daß Interessen anderer verletzt werden. Die Entscheidung obliegt dem Geheimnisträger. Die Vorschrift der Reichsmeldeordnung (noch nicht offiziell außer Kraft gesetzt), nach welcher Krankenhausärzte Stichverletzungen und abortive Eingriffe melden müssen, gilt als verfassungswidrig. Der Arzt ist zu einer solchen Meldung nicht verpflichtet. Wenn Eltern vom Arzt über ihre Kinder Auskunft haben wollen, so kann man diese Auskunft unbedenklich geben, wenn die Kinder noch nicht 14 Jahre alt sind, nach Meinung von Verf. auch, wenn die Kinder noch nicht 18 Jahre alt sind. Sind die Kinder älter, so muß man abwägen, ob die Auskunft unbedenklich ist. Wenn ein Arzt zu einem Gutachten über einen Patienten aufgefordert wird, so darf er frühere Befunde, die er beim Patienten erhoben hat, im Gutachten nicht verwenden, sofern ihm der Patient nicht eine besondere Erlaubnis dazu gibt. Wird der Arzt als Zeuge oder Sachverständiger vor Gericht vernommen und ist er von der Schweigepflicht entbunden worden, so *muß* er aussagen. Liegt die Befreiung nicht vor, so liegt die Entscheidung beim Arzt. Er darf unter Umständen auch ohne Befreiung vom Berufsgeheimnis aussagen, wenn die Interessen anderer gefährdet werden. Wenn ein Arzt vom Patienten Einzelheiten erfahren hat, die für den Patienten selbst oder für die Umgebung unangenehm und wenn diese Einzelheiten für die Erstattung des Gutachtens unwesentlich sind, so kann der Arzt sie unter das Berufsgeheimnis fallen lassen. Gegenüber der Ehefrau oder dem Ehemann muß man mit Mitteilungen dann vorsichtig sein, wenn von der Mitteilung für den anderen Ehepartner Nachteile zu erwarten sind. Es ist richtig, daß die Berechtigung zur Befreiung vom Berufsgeheimnis nach dem Tode des Patienten nicht auf die Angehörigen oder auf die Erben übergeht. Trotzdem soll der Arzt nicht allzu unnachgiebig sein, wenn er die Aussage verweigert oder wenn er Mitteilungen verweigert, insbesondere dann nicht, wenn die Klärung einer Angelegenheit im öffentlichen Interesse liegt und wenn die Angehörigen mit dieser Mitteilung einverstanden sind.

B. MUELLER (Heidelberg)

E. Seifert: Die Problematik der Schweigepflicht der Medizinstudenten. Bemerkungen zu E. LIEBHARDT und W. SPANN. Münch. med. Wschr. 106, 999—1002 (1964). Münch. med. Wschr. 106, 2355—2356 (1964).

Da es (leider; Ref.) umstritten ist, ob Medizinstudenten klinischer Semester bezüglich dessen, was sie in der Vorlesung erfahren, der Schweigepflicht unterliegen, empfiehlt Verf., Patienten, die in der klinischen Vorlesung demonstriert werden, mit einer geeigneten Gesichtsmaske zu versehen.

B. MUELLER (Heidelberg)

C. B. Bloemertz: Die Schmerzensgeldbegutachtung in ärztlicher Sicht. Berl. Med. 15, 733—738 (1964).

Das Schmerzensgeld ist ein angemessener Geldbetrag für erlittene oder noch zu erleidende immaterielle Körperschäden und soll den Geschädigten in die Lage setzen, die Minderung der Lebensfreude auf andere Weise wieder auszugleichen. Obwohl der Arzt im Rahmen der Schmerzensgeldbegutachtung nicht berechtigt ist zur Höhe des Schmerzensgeldes Ausführungen zu machen, kommt seiner Stellungnahme als Grundlage für die Urteilsfindung große Bedeutung zu. — Gegen die Anwendung der gebräuchlichen Tabellen zur Einstufung werden wegen ihrer geringen Flexibilität Bedenken angemeldet. Ausführliche Darstellung der Einzelprobleme der Begutachtung für den praktischen Fall, ausgehend von dem Grad der Minderung der Lebensfreude als Grundlage.

SPANN (München)

W. Schramm: Der Schmerzensgeldanspruch in Gesetz und Rechtsprechung. Berl. Med. 15, 730—732 (1964).

Unsere Rechtsordnung kennt Schadensersatzansprüche grundsätzlich nur dort, wo es um wirtschaftliche Einbußen geht, nur ausnahmsweise wird für Beeinträchtigungen immaterieller Art eine Entschädigung gewährt. Einen dieser Ausnahmefälle stellt der Schmerzensgeldanspruch dar. Auf die Problematik der Grenzziehung zwischen materiellen und immateriellen Schaden wird hingewiesen. — Das Recht des immateriellen Schadensersatzes ist abänderungsbedürftig. Bis zu einer gesetzlichen Regelung muß weiterhin versucht werden, in gemeinsamer Arbeit von Juristen und Medizinern im Einzelfalle jeweils nach einer gerechten Lösung zu suchen.

SPANN (München)

R. Schmelcher: Ärztliche Bereitschaftspflicht und Notfallbehandlung in strafrechtlicher, kassenarztrechtlicher und berufsrechtlicher Sicht. Therapiewoche 14, 1123 bis 1132 (1964).

Verf. hebt in seinen ausführlichen Darstellungen hervor, daß die Rechtsverhältnisse, auf die er seine Darstellung stützt, vielschichtig und wenig übersichtlich sind. Besteht irgendwo ein allgemeiner ärztlicher Bereitschaftsdienst, der von der örtlichen Ärzteschaft eingerichtet zu werden pflegt, und kein besonderer Bereitschaftsdienst der KV, so kann auch ein Arzt, der keine Kassenzulassung hat, im Rahmen dieses Dienstes ausnahmsweise einen Kassenpatienten behandeln; er muß dafür von der KV honoriert werden. Anders liegen die Verhältnisse, wenn nebenbei ein besonderer kassenärztlicher Bereitschaftsdienst besteht. Manche Ärztekammern haben einen ärztlichen Notfall-Vertretungsdienst eingerichtet. Dieser Begriff ist nach Meinung von Verf. etwas verschwommen, denn jeder Arzt hat die Pflicht, in Notfällen Hilfe zu leisten. Eine Unterlassung dieser Hilfeleistung wäre eine strafbare Handlung im Sinne von § 330c StGB (Unterlassene Hilfeleistung). Im allgemeinen ist der Arzt verpflichtet, in solchen Fällen zu kommen und, wenn nötig, einzugreifen. Manchmal ist die Verurteilung von beschuldigten Ärzten unterblieben, weil ihnen zugute gehalten wurde, daß sie sich über den Umfang der Nothilfepflicht im Irrtum befanden. Verf. vertritt auch die Auffassung, daß ein Arzt nicht verpflichtet ist, in seinem Wagen einen Nothilfekoffer mitzuführen; es ist aber zweckmäßig, daß er dies tut. Der Bereitschaftsdienst in Kliniken und Krankenhäusern richtet sich nach internen Bestimmungen, für die der Klinikdirektor bzw. Chefarzt verantwortlich ist. Verf. hält es für unzulässig, Fachärzte zum allgemeinen Bereitschaftsdienst außerhalb der Krankenhäuser heranzuziehen. Wer sich als Facharzt niedergelassen hat, soll sich auf diese Tätigkeit beschränken und nicht Allgemeinpraxis treiben. Man kann ihm daher auch nicht zumuten, am allgemeinen Bereitschaftsdienst teilzunehmen. Die Nothilfepflicht liegt ihm selbstverständlich ebenso, wie den anderen Ärzten, ob. Es ist nicht üblich und wohl auch nicht zulässig, Krankenhausärzte zum allgemeinen Bereitschaftsdienst außerhalb des Krankenhauses einzuteilen. Der Krankenhausarzt soll sich in erster Linie denjenigen Patienten widmen, die im Krankenhaus liegen. Ob Belegärzte, die

viel im Krankenhaus zu tun haben, zum allgemeinen Bereitschaftsdienst verpflichtet werden können, ist strittig, Verf. möchte dies ablehnen. Nach seiner Meinung ist es unzulässig, Medizinalassistenten oder gar Famuli zum Bereitschaftsdienst innerhalb des Krankenhauses einzuteilen (tatsächlich geschieht dies wohl doch, die Verantwortung trägt aber der darüberstehende approbierte Bereitschaftsarzt; Ref.). Der Arzt vom Bereitschaftsdienst soll bei der Anwendung hochwirksamer intravenöser Opiate vorsichtig sein [BGHZ vom 28. 4. 59 in Dtsch. med. Wschr. 40, 1771 (1960)]. Der Bereitschaftsarzt hat Anrecht auf Honorierung. Gewisse Schwierigkeiten tauchen auf, wenn ausnahmsweise ein Krankenhausarzt zur Nothilfe außerhalb des Krankenhauses herangezogen wird und wenn der Chefarzt des Krankenhauses das Recht auf alleinige Liquidation hat. Hier wird aber wohl eine befriedigende interne Regelung möglich sein. Werden akute Notfälle und Unfälle zur Behandlung in ein Krankenhaus gebracht, so tut der Bereitschaftsarzt selbstverständlich Dienst als Arzt des Krankenhauses (Verf. ist Rechtsanwalt in Karlsruhe und Rechtsberater der Krankenhausärzte). B. MUELLER (Heidelberg)

Uhlenbruch: Der fehlerhafte ärztliche Behandlungsvertrag. Dtsch. med. Wschr. 90, 40, 43—46 (1965).

Stellt sich nachträglich heraus, daß ein Pat. geschäftsunfähig im Sinne von § 104 BGB war, so ist der Behandlungsvertrag nichtig. Die Beweislast fällt allerdings dem Pat. zu. Bei partieller Geschäftsunfähigkeit, z.B. bei Entmündigung wegen Geistesschwäche, wird man untersuchen müssen, ob der Pat. für diesen Teil der Besorgung seiner Angelegenheiten nicht doch geschäftsfähig war. Schwierigkeiten ergeben sich mitunter beim sog. aufgespaltenen Krankenhausaufnahmevertrag. Der Träger des Krankenhauses liquidiert für den Aufenthalt und die Versorgung, der Arzt für die Behandlung. Dem Pat. wird dies vielfach vorher nicht mitgeteilt. Bisher sind darauf folgende Prozesse nach den Ausführungen von Verf. zugunsten der Ärzte entschieden worden. Verf. betont weiterhin, daß es sich bei Arztverträgen immer um einen Dienstvertrag handeln wird, auch bei der Durchführung kosmetischer Operationen. Ein Minderjähriger kann — wenn er über 19 Jahre alt ist — nach den vorliegenden höchstrichterlichen Entscheidungen u.U. rechtskräftig in eine Operation einwilligen, wenn seine Eltern nicht zu erreichen sind. Damit ist aber nicht gesagt, daß der Behandlungsvertrag wirksam wird. Die Eltern können u.U. dennoch die Bestätigung des Vertrages versagen. Nach Meinung von Verf. ist aber der Arzt im allgemeinen hinreichend gesichert. B. MUELLER (Heidelberg)

F. M. Poellinger: Zulässige und unzulässige Werbung des Arztes. Therapiewoche 14, 1152—1156 (1964).

Nach der bestehenden Berufsordnung für Ärzte ist Werbung verboten. Der Arzt darf unter anderem öffentliche Danksagungen von Pat. weder veranlassen noch zulassen, er darf auch bestimmte Arzneimitteln nicht anpreisen. Ebenso wenig ist es ihm erlaubt, unentgeltliche Behandlung in Aussicht zu stellen oder private Polikliniken, die keine Honorare nehmen, ins Leben rufen. Wenn ein Laie im Besitze einer Privatklinik ist, so ist es ihm in gewissen Grenzen erlaubt, auf das Bestehen der Klinik hinzuweisen, er kann dabei auch den Namen des leitenden Arztes nennen. Ist der Arzt aber selbst Besitzer der Klinik, so muß er mit der Werbung für seine Klinik zum mindesten zurückhaltend sein. Die Facharztbezeichnung kann natürlich angegeben werden, ebenso die Berufsbezeichnung oder der Titel Professor. Wenn ein Arzt sich mit kosmetischer Chirurgie beschäftigt, so ist es ihm nicht erlaubt, dies auf seinem Praxisschild mitzuteilen. Weitere Einzelheiten im Original. B. MUELLER (Heidelberg)

A. Goeschen: Arzneimittelschwindel. Kriminalistik 19, 72—75 und 137—140 (1965).

Verf., von Beruf Staatsanwalt, schildert zwei Fälle von Arzneimittelschwindlern, die für den von ihnen vorgegebenen Zweck unbrauchbare Präparate vorwiegend an ältere Leute zu hohen Preisen verkauften. Nach Ansicht des Verf. genügen die allgemeinen Strafvorschriften zur Bekämpfung des schwindelhaften, durch Nichtfachleute betriebenen Verkehrs mit Arzneimitteln vollständig, während durch die Sondervorschriften auf dem Gebiete des Arzneimittelschwindels die nachteiligen gesundheitlichen Gefahren beim Vertrieb von Arzneimitteln durch Nichtfachleute praktisch nicht beseitigt werden. Die Gefahren, die bei Erlass des § 36, 1 des Arzneimittelgesetzes vorausgesetzt wurden, bestehen kaum. G. SCHÜTTRUMPF (Heidelberg)

Horst Struckmann: Obduktion ohne Anhörung der Angehörigen? Neue jur. Wschr. 17, 2244—2245 (1964).

Verf. legt dar, daß die Angehörigen eines Verstorbenen bei der Anordnung einer Obduktion zu hören sind. Eine Ausnahme von dem Grundsatz vorheriger Anhörung ist nach seiner Auffassung nur zulässig, „wenn dies unabweisbar ist, etwa weil man sonst den Zweck der Maßnahme gefährden würde“. GÜNTHER BRÜCKNER (Heidelberg)

Robert Schmelcher: Lumbal- oder Okzipitalpunktion auch im Strafverfahren gem. § 81a StPO nach den Grundsätzen des Übermaßverbots zulässig; Grundsatzentscheidung des Bundesverfassungsgerichts. Dtsch. med. Wschr. 89, 2390—2393 (1964).

Dem Bundesverfassungsgericht war bekannt, daß eine Lumbal- oder Occipitalpunktion gelegentlich nachher Beschwerden veranlaßt. Trotzdem hält es die Durchführung gemäß § 81a StPO für zulässig, jedoch nur dann, wenn diese Maßnahme in einem gewissen Verhältnis zur Schwere der Tat steht. Es besteht hier eine Analogie zu der Auffassung, daß auch eine Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 81 StPO nur dann stattfinden soll, wenn die Schwere der Tat diese Maßnahme rechtfertigt. In dem Falle, über den hier zu entscheiden war, hatte sich ein Zeuge selbst wegen falscher uneidlicher Aussage angezeigt, eine hohe Strafe war keineswegs zu erwarten. Für diesen Fall war das Bundesverfassungsgericht der Auffassung, daß eine Lumbal- oder Occipitalpunktion gegen den Willen des Betroffenen nicht durchgeführt werden solle.

B. MUELLER (Heidelberg)

Heilpraktiker G §§ 1,5 (Unerlaubte Ausübung der Heilkunde). Zu der Frage, unter welchen Voraussetzungen Ernährungsberatungen eine unerlaubte Ausübung der Heilkunde darstellen können. [OLG Stuttgart, Urf. v. 28. 8. 1964 — 2 Ss 465/64.] Neue jur. Wschr. 17, 2214—2215 (1964).

Eine Frau, die Pharmazie und Chemie studiert hatte, aber weder Ärztin noch zugelassene Heilpraktikerin war, beriet die Bevölkerung durch Empfehlung einer Öl-Eiweiß-Kost. Sie stellte keine Diagnosen, sie führte auch keine Untersuchungen durch, ließ sich aber die Beschwerden schildern und gab Ratschläge bezüglich der Ernährung. Das OLG Stuttgart sah in diesem Verhalten eine unerlaubte Ausübung der Heilkunde und hob das freisprechende Urteil auf.

B. MUELLER (Heidelberg)

PolVO des Innenministeriums zur Änderung der Vorschriften über die Leichenschau in Baden-Württemberg. Bundesgesundheitsblatt 7, 405—406 (1964).

Die badischen und württembergischen Vorschriften wurden vereinheitlicht. Die in Baden vorgeschriebene Leichenschau durch Laien wurde abgeschafft; doch können die noch vorhandenen Laien-Leichenschauer bis zu ihrer Pensionierung weiterarbeiten. Die Bestellung von Ärzten als Leichenschauer geschieht unter Mitwirkung des Gesundheitsamtes. Der Leichenschauer muß einen Verdacht auf einen nichtnatürlichen Tod melden, die Bezirksleichenschau wird beibehalten.

B. MUELLER (Heidelberg)

ZPO §§ 285 Abs. 2, 397, 402, 411 (Zeitpunkt für den Antrag, das Erscheinen des Sachverständigen vor Gericht anzuordnen). Der Grundsatz, daß bei schriftlicher Begutachtung der Antrag, das Erscheinen des Sachverständigen vor Gericht anzuordnen, in dem nächsten Verhandlungstermin gestellt werden muß, in dem das Gutachten vorgetragen wird, gilt auch dann, wenn der Antrag von einer Partei erst gestellt wird, nachdem das für sie günstige Gutachten durch die weitere Beweisaufnahme widerlegt worden ist (Ergänzung zu BGHZ 35, 370 — NJW 61, 2308). [BGH, Urf. v. 3. 7. 1964 — V ZR 2/63 München.] Neue jur. Wschr. 17, 2108—2109 (1964).

StPO § 359 Nr. 5 (Rüge der unzulänglichen Untersuchung durch einen Gutachter). Die Behauptung, ein Sachverständiger habe sein Gutachten auf Grund unzulänglicher Untersuchung erstattet, ist i.S. des § 359 Nr. 5 StPO nur dann beachtlich, wenn zugleich dargetan wird, daß ein anderer Sachverständiger bei gründlicher Untersuchung zu einem dem Antragsteller günstigeren Ergebnis gelangt wäre. [OLG Bremen, Beschl. v. 10. 9. 1964 — Ws 172/64.] Neue jur. Wschr. 17, 2218—2219 (1964).

ZuSEG § 3 Abs. 2 (Entschädigung von Sachverständigen mit besonderen fachlichen Kenntnissen). a) Der Höchstsatz von 15 DM für die Entschädigung von Sachverständigen mit besonderen fachlichen Kenntnissen (§ 3 Abs. 2 ZuSEG) ist nicht nur ganz seltenen Ausnahmefällen vorbehalten. Er kann auch auf einem breiteren

Bereich, auf dem regelmäßig höchstqualifizierte (akademische) Sachkenner gutachtlich tätig zu werden pflegen, zugebilligt werden. b) Die Beauftragung eines solchen Sachverständigen deutet regelmäßig darauf hin, daß das erbetene Gutachten gerade die besonderen fachlichen Kenntnisse eines Sachverständigen dieses Rangs „erfordert“. [LG Waldshut, Beschl. v. 5. 6. 1964 — Qs 84/64.] Neue jur. Wschr. 17, 2219—2220 (1964).

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

● **Ero Vartiainen: Die fetalen Erythrozyten. Eine Untersuchung über die im Lauf der Fetalentwicklung auftretenden Wandlungen der Färbbarkeit und Frequenz der roten Blutzellen, die auf qualitativen und quantitativen Änderungen des Hämoglobins beruhen.** (Acta med. scand. Suppl. 398. Accomp. vol. 174.) Helsinki 1963. 83 S., 3 Abb., 12 Tab., 13 Diagr. u. 12 Bilder.

Dieses Supplementheft enthält die Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung der Erythrocyten von 343 Feten verschiedensten Entwicklungsalters, von denen der kleinste eine Länge von 2,3 cm hatte. Geprüft wurde die Differenzierung des Blutfarbstoffes mit Erythrocyten mittels der sauren Elution fixierter Blutaussstriche, wodurch sich HbA und HbF unterscheiden lassen. Nach den cytologischen Befunden unterscheidet der Verf. fünf Zelltypen, von denen er den Typ I (groß, kernhaltig, Blutfarbstoff nicht eluierbar) vorwiegend der mesoblastischen, die Typen II—IV vorwiegend der hepatolienalen Blutbildung und den Typ V (nur HbA enthaltend) der Knochenmarkhämatopoese zuordnet, ohne allerdings die Grenzen sehr scharf zu ziehen. Die über das prozentuale Vorkommen der einzelnen Zellformen im Ablauf der Entwicklung gewonnenen Daten werden ausgenutzt, um Kriterien für die Bestimmung des Fruchtalters abzuleiten. Die Schrift ist für jeden, der sich mit der Hämoglobinsynthese und der Hämatopoese des Feten befaßt, sehr wertvoll.

BETKE (Tübingen)^{oo}

Stefan Raszeja: Eine neue Methode zur Unterscheidung von Menschen- und Tierblutspuren unter Anwendung eines artspezifischen Phyttagglutinationsinhibitor. [Inst. f. Gerichtl. Med., Med. Akad., Poznan.] Z. ärztl. Fortbild. 14, 804—811 (1964).

Mittels artspezifischer Agglutinine Anti-H, die aus dem Pilz *Laccaria laccata* BERK. et BR. var. *proxima* gewonnen wurden und die durch einen im menschlichen Serum, Sperma, Speichel und Frauenmilch vorhandenen Faktor gehemmt werden, kann Menschen- und Tierblut voneinander unterschieden werden. Der Inhibitionstiter ist unabhängig von der Blutgruppenzugehörigkeit und der Sekretoreigenschaft des Menschen. Die einfache und empfindliche Methode, die bereits mit 2—3 mg trockener Bluts substanz ausgeführt werden kann, wird vom Verf. zur Kontrolle der auf anderen Prinzipien beruhenden Präcipitationsmethoden empfohlen. Einzelheiten der Methode müssen in der Originalarbeit nachgelesen werden. JAKOB (Coburg)

V. I. Charny: Precipitin reaction in agar as a method of differentiation of proteins in phylogenetically affiliated animal species. (Die Präcipitinreaktion in Agar als Differenzierungsmethode phylogenetisch nahe verwandter Tierarten.) [Lehrstuhl für gerichtl. Medizin der Kriegsmedizinischen Lenin-Akademie, Leningrad]. Sud.-med. Ékspert. 7, Nr. 4, 35—38 (1964) [Russisch].

Mit der üblichen Technik gelang es, in Agargel Blut von großem und kleinem Hornvieh und von verschiedenen Geflügelarten zu differenzieren.

H. SCHWEITZER (Düsseldorf)

M. I. Potapov: Determination of H-antigen in the human blood and saliva with anti-H phyttagglutinins. (Bestimmung des Antigens H in menschlichen Blut- und Speichelflecken mit Phyttagglutininen Anti-H.) [Wissenschaftl. Untersuchungsinstitut für gerichtliche Medizin des Ministeriums für Gesundheitsschutz der UdSSR, Moskau]. Sud.-med. Ékspert. 7, Nr 4, 38—43 (1964) [Russisch].

Versuche mit Extrakten aus *Cytisus sessilifolius* L. und *Laburnum Watereri* DRPP. aus den südlichen europäischen Teilen der UdSSR. Die Phyttagglutinine Anti-H waren in den Samen von acht Erntejahren praktisch gleich und stabil. Der Titer zu Erythrocyten der Gruppe 0