

große Divergenzen über die versicherungsmedizinische Einschätzung von Spätschäden nach extremen Lebensverhältnissen, wie z.B. den relativ frühen Tod, die Altersakzeleration und das gehäufte, frühe Auftreten einzelner Erkrankungen mit rascher Progredienz. Verff. gingen 501 Fällen verstorbener ehemaliger deutscher Kriegsgefangener nach, 228 Fälle wurden an Hand der Versorgungsakten und 273 Fälle mit Hilfe von Fragebögen, die an die Hinterbliebenen gerichtet waren, analysiert. Der Tod trat in allen diesen Fällen 10–20 Jahre früher ein, als es der Lebenserwartung der jeweiligen Altersklasse entsprach. Dauer und Ausmaß der extremen Lebensverhältnisse in der Gefangenschaft stehen nach diesen Erhebungen in einer eindeutigen Korrelation zum vorzeitigen Ableben. Langfristig „interniert“ Gewesene verstarben überwiegend an Krankheiten des höheren Lebensalters, wie cerebraler Arteriosklerose, degenerativen Herz-erkrankungen, Lebercirrhose und Malignomen. Diese Beobachtungen entsprechen ausländischen Erfahrungen; die Fallzahl ist jedoch zu klein, um eine schlüssige und allgemein verbindliche Bewertung der Spätschäden zu ermöglichen, das Material kann auch nicht als repräsentativ, etwa i.S. eines Mikrozensus, angesehen werden. Weitere, mathematisch-statistisch unterbaute Untersuchungen werden erforderlich sein, um die wertvollen Verlaufsbeobachtungen der Autoren zu belegen und versorgungsrechtlich zum Tragen zu bringen. G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

Kunstfehler, Ärztereht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

● **Bundesärzteordnung mit Kassenarztrecht-, Berufs-, Bestallungs- und Zulassungs-Ordnungen.** Kommentar von ETMER/BOLCK. Ergänzungslfg. 2. Stand: Juni 1965. München: R. S. Schulz 1965. Lose-Blatt-Ausgabe. DM 24.—.

Über diese Loseblatt-Ausgabe wurde erstmalig in dieser Zeitschrift 53, 84 (1962/63) referiert. Die jetzt vorliegende Ergänzungslieferungen bringt Entscheidungen zur Ärzteordnung, zur Bestallungsordnung, zur Bundesärztzeordnung, zur Gebührenordnung für Ärzte, zur Berufsgerichtsordnung der Länder, sowie zur Berufs- und Facharztordnung einer Anzahl von Ländern. Wenn man — was erforderlich ist — die Ergänzungslieferung sorgfältig einordnet, ist dieses Nachschlagewerk zur Orientierung vorzüglich geeignet. B. MUELLER (Heidelberg)

W. Hallermann: Zwischenfälle und Kunstfehler im Krankenhaus. [Inst. f. gerichtl. u. soz. Med., Univ., Kiel.] Internist 6, 301–309 (1965).

Einleitend wird vom Verf. festgestellt, daß für die häufig geklagte Zunahme der Arzthaftpflicht-Prozesse sich wenig brauchbare Unterlagen finden lassen. In der Zeit von 1951 bis Ende 1961 wurden 192 „Fälle“ mit kurzer Angabe des „Gegenstandes“, die bis zur höchsten Instanz gingen, registriert. Häufiger enden die Ermittlungen wegen fahrlässigen Handelns gegen Ärzte erfreulicherweise mit der Einstellung des Verfahrens. — Eingehend werden dann die Möglichkeiten der Haftung aus den verschiedenen Formen des Behandlungsvertrages, insbesondere bei Krankenhausaufnahme, besprochen. Besonderes Interesse beanspruchen die Fragen der ärztlichen Aufklärungspflicht. In diesem Zusammenhang werden auch die Konsequenzen besprochen, die sich aus § 162 des Strafgesetzbuch-Entwurfes 1962 ergeben. Wichtig ist die Beachtung der Selbstverantwortlichkeit des Patienten; so sollte es selbstverständlich sein, daß dem Patienten immer gesagt wird, was mit ihm geschehen soll. Nach Meinung des BGH hat die „personale Selbstbestimmung“ den Vorrang vor der Gesundheit. Ein weiterer Abschnitt befaßt sich mit der Aufklärung und Einwilligung nicht entmündigter, aber geschäftsunfähiger Patienten, bei denen, sofern nicht Gefahr im Verzuge ist, durch das Amtsgericht ein Pfleger nach § 1910 BGB bestellt werden muß. Angeschlossen sind eine Reihe eindrucksvoller Beispiele aus der eigenen Gutachterpraxis zur Frage der Fahrlässigkeit. Besonders hervorgehoben sind die Gefahren und Möglichkeiten der Haftung bei Übertragung von Aufgaben an ärztliches Hilfspersonal; Aufgabenteilung und Abgrenzung der Verantwortungsbereiche sind hier neben der Verpflichtung zur Sorgfalt bei der Auswahl, Anleitung und Kontrolle besonders zu beachten. Die viel diskutierte Frage, ob es erlaubt ist, einer ausgebildeten und erfahrenen Schwester intravenöse Injektionen, Infusionen usw. zu übertragen, wird anhand zahlreicher Literaturstellen besprochen; es ist zu erkennen, daß der Verf. in der Übertragung solcher Maßnahmen an ein kontrolliertes Hilfspersonal keine gegen die ärztliche Sorgfaltsverpflichtung verstoßende Maßnahme sieht. Ähnliches gilt auch für die technische Ausführung von Narkosen durch Schwestern auf Anordnung und unter Aufsicht eines Arztes. Abgeschlossen wird die sehr inhaltsreiche Arbeit durch Betrachtungen zur derzeitigen Situation wechselseitiger Auffassungen zwischen Ärzten und Juristen. Manches ist hier überspitzt oder durch fehlerhafte Darstellungen in gängigen

illustrierten Zeitschriften verzerrt worden. Grundsätzlich könne der Arzt in der heutigen Zeit nicht mehr selbstverständlich damit rechnen, daß der Patient sich mit vollem Vertrauen in seine Hände begibt. Hinzu kommt die Schwierigkeit, daß der Arzt nicht selten aus der Überzeugung heraus, es besser zu wissen, leicht in der Gefahr schwebt, allzu autoritäre Entscheidungen zu treffen.

W. JANSSEN (Heidelberg)

W. Hügin: Der Beitrag der Anästhesie zur Operationsmortalität. [Anästhesieabtl., Chir. Univ.-Klin., Basel.] [6. Tag., Österr. Ges. f. Chir. u. Traumatol., Innsbruck, 11.—13. IX. 1964.] Klin. Med. (Wien) 20, 189—196 (1965).

Nach einem kurzen historischen Überblick über die Entwicklung der Anaesthesie befaßt sich der Autor zunächst mit den Gründen, die zum Tod während der Operation führen und allein oder hauptsächlich auf die Krankheit zurückzuführen sind. Nach einer großen Statistik aus dem Jahre 1954 ist das Operationsrisiko bei schlechtem Allgemeinzustand durchschnittlich rund 30mal größer, als bei günstigen Voraussetzungen. Ein anderer bedeutender Faktor ist das Alter. Das Durchschnittsalter der Operierten ist ständig gestiegen, so z.B. in den Jahren 1945—1954 bei den über 70jährigen anteilmäßig um 130%. Zwischen dem 20. und 70. Lebensjahr findet man eine leichmäßige Zunahme von peroperativem Kreislaufstillstand; nach dem 70. Jahr wird diese Kurve steiler und bei 80jährigen ist das Risiko eines Kreislaufversagens rund 20mal größer als bei Jugendlichen. — Der zweite Abschnitt der Arbeit befaßt sich mit den Todesfällen während der Operation, an denen die Anaesthesie kausal beteiligt ist. Besondere Aufmerksamkeit ist der Verabreichung von Corticoiden oder blutdrucksenkenden Medikamenten zu widmen, da unter deren Wirkung Anaesthetica einen schweren Kollaps auslösen können. Bei bestehender Acidose oder Dehydrierung führt die Anaesthesie nicht selten zu einem bedrohlichen Kreislaufzustand, wenn zuvor eine Infusionsbehandlung versäumt wurde. An der Aspiration von Magen-Darm-Inhalt bei dringlichen Operationen ist meistens die Unterlassung von Vorbeugungsmaßnahmen schuld. Eine besondere Bedeutung hat bei unfreien Luftwegen die Vornahme einer Intubation gewonnen. — Im wesentlichen handelt es sich hier also um eine Unterlassung indizierter Maßnahmen. — Aus den Erfahrungen der letzten 10 Jahre ergeben sich für die Todesfälle auf dem Operationstisch folgende Kausalfaktoren: 1. Das Übersiehen eines vollen Magens. 2. Zu kompliziertes Gerät. 3. Die Gabe von Relaxantien ohne entsprechende Kenntnisse. 4. Der unvorsichtige Gebrauch von Anaesthetica, die eine schnelle Verschlechterung des Kreislaufes bewirken können, vor allem intravenöse Barbiturate und Halothan. — „Wenn man prinzipiell jede Anaesthesie als etwas so Verantwortungsvolles betrachten würde wie eine Operation, und wenn man auf entsprechenden Voraussetzungen bestehen würde, blieben viele Katastrophen aus.“

W. JANSSEN (Heidelberg)

P. Harffeldt: Todesfall nach Lokalanästhesie. [Krankenanst. Bergmannsheil, Bochum.] Mschr. Unfallheilk. 68, 331—333 (1965).

Kasuistik eines 22jährigen LKW-Beifahrers, bei dem 12½ Monate nach dem Unfall im Rahmen der stationären Behandlung in örtlicher Betäubung eine Oberschenkelmarknagelentfernung durchgeführt wurde. Die Operation verlief komplikationslos. Auf der Station wurde der Patient nach der Operation für 2 min in einem 7-Bett-Zimmer unbeobachtet gelassen. Danach fand man den Patienten ohne Eigenatmung im Bett. Trotz massiver Wiederbelebungsmaßnahmen einschließlich Thorakotomie mußten 5 Std nach der Operation die Bemühungen ergebnislos abgebrochen werden. Die Sektion ergab eine herdförmige Myokarditis, besonders im Bereich des Kammerseptums. — Nach Ansicht des Autors steht der Tod des 22jährigen Mannes mit der Wirkung der gewählten Prämedikation (1 Tablette Luminal 0,2 g, 100 mg Pacatal, 100 mg Dolantin und 0,5 mg Atropin) und der Art und Menge der gewählten Lokalanästhesie (2%ige Scandicainlösung mit Adrenalin 1:200000) bei gleichzeitig unerkannt gebliebener Herzmuskelentzündung in Zusammenhang. — Schlußfolgerungen: 1. Keine operative Behandlung ohne genügende klinische Voruntersuchung, es sei denn lebensbedrohliche Umstände erfordern die sofortige Operation. 2. Eine so wenig dringliche Operation, wie sie die Marknagelentfernung darstellt, sollte niemals unter zeitlichem oder örtlichem Zwang durchgeführt werden. 3. Die Prämedikation war im vorliegenden Fall auch für einen 22jährigen sehr stark gewählt. 4. Die Gesamtmenge an Scandicain soll im Einzelfall 0,5 g nicht überschreiten.

W. JANSSEN

Elihu M. Schimmel: Die Gefährdung durch moderne Untersuchungs- und Behandlungsverfahren im Krankenhaus. [Dept. of Int. Med., Yale Univ. School of Med. u.

Grace-New Haven Commun. Hosp., New Haven, Conn.] Internist 6, 309—315 (1965).

Verf. gliederte die Zwischenfälle auf, die sich bei Untersuchung und Behandlung einer medizinischen Universitätsklinik beobachtet wurden. Bei 1000 Patienten ereigneten sich innerhalb von 8 Monaten 240 Zwischenfälle. Der Krankenhausaufenthalt wurde dadurch verlängert, bei 10% der Patienten blieben länger dauernde Störungen zurück; es ereigneten sich 16 Todesfälle. Über die Einzelheiten geben die beigefügten Tabellen Auskunft; aus ihnen mag folgendes entnommen werden: Bei Durchführung der Oesophagoskopie entstanden zweimal Perforationen, dreimal Schockzustände, bei Durchführung der Cystoskopie kam es einmal zum Herzstillstand, in einem anderen Fall trat nachher eine Pyelonephritis auf. Nach Leberbiopsie kam es einmal zu einer Blutung, einmal zu einer Peritonitis. Bei einer Magenbiopsie erfolgte gleichfalls eine Perforation. Beim Bariumeinlauf unterlief einmal ein Herzstillstand, einmal ein Schock. Nach Einführung des Herzkatheters resultierte eine Phlebitis. Die Eingabe von Sedativa führte mitunter zu Intoxikationen, noch häufiger die Medikation von Digitalis-Präparaten. Weitere Einzelheiten müssen dem Original entnommen werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

Wilhelm Barnikel: Barmherzige Lüge und ärztliche Aufklärungspflicht. Dtsch. med. Wschr. 90, 621—622 (1965).

Ausgangspunkt sind Erörterungen über die Beziehungen zwischen Wahrheitspflicht und Ermessensbegriff beim ärztlichen Handeln. — Verf. kommt zu dem Schluß, daß in der Grundsituation des Patienten die Wahrheitspflicht der richtige Ansatzpunkt für die ärztliche Aufklärung sei. In ausgesprochenen Grenzsituationen wäre das Schweigen ein weiteres Lösungsmittel. — Ein breiter Raum wird auch der Frage gewidmet, ob vom Recht her Richtpunkte für das ärztliche Ermessen zu schaffen sind, da schließlich grundsätzlich die Arzt-Patienten-Beziehungen auch dem Recht unterliegen. Selbstbestimmungsrecht des Patienten und ärztliches Ermessen sind juristisch miteinander vereinbar, wenn der Patient in der Lage ist, sein Selbstbestimmungsrecht auszuüben. „Durch sein aufklärendes Handeln läßt der Arzt den Gesundheitswillen seines Patienten bestimmbar werden.“ Ein aufklärendes Wort des Arztes kann allein schon helfen und heilen, wenn es den Lebenswillen und das Selbstbewußtsein des Patienten stärkt und damit Teil der Therapie ist. Die Aufklärungspflicht sollte nach objektiven Gesichtspunkten ausgeformt werden, wobei der subjektiven Gestaltung Raum bleiben soll und der Patiententyp zu berücksichtigen sei.

W. JANSSEN (Heidelberg)

Hanns Engelhardt: Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes und Testierfähigkeit des verstorbenen Patienten. Dtsch. med. Wschr. 90, 1482—1484 (1965).

Das OLG Augsburg war zu der Auffassung gekommen, daß ein Arzt, der über den seelischen Zustand eines Verstorbenen kurz vor dem Tode zwecks Feststellung der Testierfähigkeit befragt wurde, sich nicht auf das Berufsgeheimnis berufen dürfe, er müsse vielmehr aussagen. Verf. ist mit dieser Entscheidung nicht einverstanden; das Recht des Arztes in solchen Fällen frei von sich zu entscheiden, dürfe nicht angetastet werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

Max Kohlhaas: Schweigepflicht im amtsärztlichen Bereich. Schlußwort zur Stellungnahme von O. Frhr. v. Verschuer, Münch. med. Wschr. 107 (1965) 40, 1960 bis 1961. Münch. med. Wschr. 107, 1961—1963 (1965).

Verf. gibt zu, daß „höherwertige Interessen“ vorliegen, warnt aber vor einer Bagatellisierung von wichtigen Fragen des Berufsgeheimnisses; man muß auch auf eine etwaige Reaktion der Bevölkerung Rücksicht nehmen, wenn sie erfährt, daß die Karteien der Gesundheitsämter von an sich unbefugten Personen durchgesehen werden. Wenn Ärzte der Gesundheitsämter die Durchsicht nicht zulassen, so können sie zur Duldung nicht gezwungen werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

O. Frhr. v. Verschuer: Schweigepflicht im amtsärztlichen Bereich. Stellungnahme zu der Fragekasten-Antwort Nr. 22 von M. Kohlhaas, Münch. med. Wschr. 107 (1965) 13, 647—648. Münch. med. Wschr. 107, 1960—1961 (1965).

Verf. weist auf die enorme Wichtigkeit der von ihm eingeleiteten genetischen Untersuchungen hin unter Erwähnung der Strahlenschäden und der Conger-Katastrophe. Wenn im Rahmen solcher Untersuchungen das Material der Gesundheitsämter durchgesehen wird, so liegen „höherwertige Interessen“ vor.

B. MUELLER (Heidelberg)

Wilhelm Uhlenbruck: Beweisfragen im ärztlichen Haftungsprozeß. Neue jur. Wschr. 18, 1057—1064 (1965).

Grundsätzlich gilt im ärztlichen Haftungsprozeß: Der Patient, der einen Arzt haftungsmäßig in Anspruch nimmt, hat zu beweisen. Diese Darlegungs- und Beweislast des Patienten wird jedoch in einigen Fällen durch den sog. Anschein- oder prima-facie-Beweis verkürzt oder kehrt sich bezüglich der Kausalität mit der Folge um, daß es dem beklagten Arzt ausnahmsweise obliegt, sich im konkreten Falle zu entlasten. Diese prozessuale Lage ist nicht nur auf den Haftungstatbestand beschränkt, sondern kann auch dann eintreten, wenn ein Arzt nach Schadenseintritt dem Patienten die Beweisführung schuldhaft erschwert oder unmöglich macht. — Ausführliche Darlegungen zum Anscheinbeweis und zur Beweislastumkehr. SPANN

Adolfs Laufs: Haftung für Nachkommenschaftsschäden nach § 823 BGB. Neue jur. Wschr. 18, 1053—1057 (1965).

Es werden zwei Fallgruppen von Nachkommenschaftsschäden unterschieden: Schädigungen im Mutterleib und kongenitale Körpermängel aufgrund von Keimdrüsenbeschädigungen eines der Elternteile. Das Leben des Menschen beginnt nach Ansicht des Autors mit der Zeugung, von da an existiere ein Lebewesen mit eigener (verletzbarer) Gesundheit. Nach § 1923 Abs. 2 BGB beginnt die Rechtsfähigkeit des Menschen und damit auch die Anwendbarkeit von § 823 Abs. 1 BGB erst nach vollendeter Geburt. Diese Bestimmung führt zu Schwierigkeiten vor allem im Deliktrecht, was am Beispiel eines Schadensersatzanspruches, der bis zum BGH ging, erörtert wird. Das GG gewährt dem Nasciturus das subjektive Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, ebenso sieht das Strafrecht die Frucht als schutzwürdiges Gut an, so daß man nach Ansicht des Autors von einer Teilrechtsfähigkeit des Nasciturus sprechen kann, was die Anwendbarkeit des § 823 Abs. 1 BGB zur Folge haben müßte. Der Autor befürwortet in diesem Zusammenhang eine rechtsanaloge Auslegung des Gesetzestextes, wodurch eine Erweiterung der den Nasciturus begünstigenden Einzelvorschriften des BGB ermöglicht würde. Als besondere Fälle werden diejenigen herausgestellt, bei denen das schädigende Verhalten des Täters der Zeugungsakt ist (z. B. Luesinfektion), weil hier die schadenstiftende Handlung den Verletzten überhaupt erst existent gemacht hat. Der Autor bejaht im Gegensatz zu anderen Autoren auch hier die Möglichkeit des Schadensersatzanspruches und begründet ihn. Dagegen vertritt er die Ansicht, daß bei Nachkommenschaftsschäden im Gefolge von Gonadenverletzungen, die durch zu intensive ionisierende Strahlen entstanden sind, § 823 Abs. 1 BGB nicht anwendbar sei, da bei den Genschäden eine der beiden Zellen, die das neue Leben bilden, den Mangel gleichsam in den Verschmelzungsvorgang hineinbringt, so daß mit der Entstehung des Embryos der Mangel bereits konstitutiv geworden sei, und somit nicht von einer Verletzung gesprochen werden könne. Der Autor wendet sich damit kritisch gegen anderslautende BGH-Urteilsbegründungen und Ansichten anderer Autoren. ARBAB-ZADEH (Düsseldorf)

Pablo Anzures: Liabilities of physicians for negligence under Philippine laws. [5. Kongr., Internat. Akad. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Wien, 22.—27. V. 1961.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 17, Nr. 4, 107—110 (1964).

W. Perret: Venenpunktion durch ärztliches Hilfspersonal. (Fragekasten.) Münch. med. Wschr. 107, 858—860 (1965).

Nach kurzer Darstellung der zivilrechtlichen und strafrechtlichen Situation für die Abgrenzung der ärztlichen Tätigkeit gegenüber der Tätigkeit des Hilfspersonals wird die spezielle Frage der Zulässigkeit der intravenösen Injektionen durch Krankenschwestern besprochen. Obwohl es keine entsprechende gesetzliche Regelung gibt, die eine solche Maßnahme erlaubt oder verbietet, muß im Strafverfahren mit einer Verurteilung gerechnet werden. Die Stellungnahme der Bundesärztekammer, aus dem Jahre 1961, die in der intravenösen Injektion eine ärztliche Maßnahme sieht und deren Vornahme durch Nichtärzte ablehnt, wird wiedergegeben. Besondere Vorsicht ist bei der Röntgenkontrastdarstellung geboten, die keinesfalls in Abwesenheit des Arztes durchgeführt werden darf. — Ausführliche Literaturangabe. SPANN (München)

U. Karamanoglu-Roeser: Die deutschen Ärztetage als Spiegel ärztlicher Standes- und Berufspolitik. [Inst. Geschichte Med., Freie Univ., Berlin.] Berl. Med. 16, 388—392 (1965).

Ausführliche Schilderung der Geschichte der Deutschen Ärztetage von ihrer Entstehung bis zum Jahre 1931 mit Darstellung der im Interesse der Ärzteschaft und der Gesamtbevölkerung angestrebten und erreichten Ziele. SPANN (München)

Robert Schmelcher: Ärztliche Berufsgerichte in Rheinland-Pfalz verfassungswidrig. Dtsch. med. Wschr. 90, 893 (1965).

Das Bundesverfassungsgericht hat auf Antrag des Obergerverwaltungsgerichtes Rheinland-Pfalz entschieden (2 BvL 19/63), daß die Vorschriften des Landesgesetzes über die Kammern der Ärzte, Zahnärzte, Dentisten, Apotheker und Tierärzte, soweit sie Bestimmungen über die Einrichtung der Berufsgerichte enthalten, mit dem Grundgesetz nicht vereinbar und deshalb nichtig seien. Dazu kurzer Auszug aus der Begründung. SPANN (München)

G. Schulz: Keine Anzeigepflicht bei Schuß- und Stichverletzungen. Med. Klin. 60, 1061—1062 (1965).

Verf. weist darauf hin, daß die gültigen Meldeordnungen der Länder die Krankenhäuser nur noch verpflichten, die Personalien der aufgenommenen Patienten zu registrieren und mitzuteilen. Niemals ist jetzt noch von einer Anzeigepflicht von Verletzungen die Rede. Die einschlägigen Bestimmungen werden zitiert. Der Arzt darf melden, wenn er es für seine höhere sittliche Pflicht hält, er braucht es aber nicht zu tun. B. MUELLER (Heidelberg)

BVFG § 3 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 2, 15 Abs. 5; HHG § 2 Abs. 1 Nr. 2; RHilfG §§ 7, 8, 16 („Sterbehilfe“ als Verstoß gegen die Grundsätze der Menschlichkeit). Ein Verstoß gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder Rechtsstaatlichkeit i. S. von § 3 Abs. 2 Nr. 2 BVFG setzt die Kenntnis und Billigung aller Tatumstände sowie das Bewußtsein voraus, durch sein Verhalten gegen anerkannte Grundsätze der Menschlichkeit oder der Rechtsstaatlichkeit in erheblicher Weise zu verstoßen. [BVerwG, Urt. v. 16. 1. 1964 — BVerwG VIII C 60/62 Mannheim.] Neue jur. Wschr. 17, 2220—2222 (1964).

Der vor allem allgemeines und rechtliches Interesse verdienende Leitsatz beansprucht darüber hinaus insofern ärztliches Interesse, als ihm folgender Tatbestand zugrunde liegt: Der Kläger wurde 1947 in der sowjetischen Besatzungszone wegen Verstoßes gegen die Menschlichkeit verurteilt, weil er sich als Stationsarzt in einer Heil- und Pflegeanstalt in etwa 150 Fällen der Sterbehilfe an Geisteskranken schuldig gemacht hatte. Er wurde 1956 vorzeitig aus der Straftat entlassen und aus der Zone ausgewiesen. Sein Antrag auf Erteilung eines Flüchtlingsausweises C wurde im Verwaltungsverfahren abgewiesen. Der im ersten Rechtszuge erfolglos gebliebenen Klage hat der VGH stattgegeben mit der Begründung: Der Kläger habe zwar gegen die Grundsätze der Menschlichkeit und Rechtsstaatlichkeit verstoßen, aber er habe aus Mitleid mit dem erschütternden Zustand der hoffnungslos darniederliegenden Kranken gehandelt, die wegen der trotz ärztlichen Protests herabgesetzten Lebensmittelrationen verhungerten. Insofern liege keine erhebliche Zuwiderhandlung vor. — Demgegenüber führt das BVerwG unter Zurückverweisung aus: Zur Annahme einer erheblichen Zuwiderhandlung gegen die Grundsätze der Menschlichkeit und Rechtsstaatlichkeit genügt die vorsätzliche Mißachtung dieser Grundsätze, also ein Handeln in Kenntnis und Billigung aller Tatumstände in dem Bewußtsein, damit gegen anerkannte Grundsätze der Menschlichkeit und Rechtsstaatlichkeit zu verstoßen, was regelmäßig dann der Fall war, wenn sich der Täter bewußt zum Vollstrecker von NS-Unrechtsmaßnahmen gemacht hat durch die die natürlichen Menschenrechte oder die Grundsätze der Rechtsstaatlichkeit verletzt wurden. — Zum Wesen der rechtsstaatlichen Grundordnungen gehört der Schutz und die Erhaltung des Lebens und es liegt ein besonders schwerwiegender Verstoß gegen deren Grundsätze vor, wenn seitens der Exekutive staatliche Einrichtungen, die dem Wesen des Rechtsstaates entsprechend der Herrschaft des materiellen Rechts unterworfen und zu dessen Durchsetzung innerhalb der Gemeinschaftsordnung bestimmt sind, zu fortgesetzten Verstößen gegen diese Grundsätze (wie im Falle der Freigabe der „Sterbehilfe“) mißbraucht werden. Da der Kläger in etwa 150 Fällen „Sterbehilfe“ geleistet hat, hat er, ungeachtet der Tatsache, daß dies aus Mitleid geschehen sein kann, vorsätzlich gegen die Grundsätze der Rechtsstaatlichkeit verstoßen und in Kenntnis und Billigung aller Tatumstände gehandelt. Seine Vorbildung und die ihm geläufigen Grundsätze des staatlichen Gesundheitsdienstes, denen er als beamteter Arzt besonders verpflichtet war, lassen die Annahme, er habe die Rechtsstaatswidrigkeit seines Verhaltens nicht erkannt, als ausgeschlossen erscheinen.

SACHS (Kiel)

§ 1 des Heilpraktikergesetzes vom 17. Februar 1939 (BGBl. I. S. 251). Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde als „Knochenbrecher“. Keine Beschränkung

der Erlaubnis des § 1 HPG auf ein Spezialgebiet (Beschl. d. BVerwG v. 21. 5. 64 I B 183/63). Öff. Gesundh.-Dienst 27, 278 (1965).

Unter „Knochenbrechern“ sind Chiropraktiker zu verstehen, deren Tätigkeit in Ostfriesland noch stillschweigend geduldet werden soll. Nun hat das Bundesverwaltungsgericht in einer Entscheidung festgestellt, daß es unzulässig ist, einen Chiropraktiker, der sich nur in dieser Tätigkeit auskennt, die Erlaubnis zur Tätigkeit als Heilpraktiker zu geben. Wer die Erlaubnis erteilt, Chiropraktik zu treiben, muß auch allgemeine medizinische Kenntnisse haben.

B. MUELLER (Heidelberg)

§ 4 Abs. 1 Nr. 3 und 4 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. März 1952 (BGBl I S. 221). § 35 Abs. 3 Gewerbeordnung; § 42 I STGB; Art. 103 Abs. 3 GG. (Entsch. d. BVerw.G. vom 14. 2. 63 I C 98/62.) Öff. Gesundh.-Dienst 27, 276—278 (1965).

Ein Zahnarzt hatte sich unsittlich an Helferinnen vergangen, die er ausbildete; er erhielt eine Gefängnisstrafe von einem Jahr und 3 Monaten; außerdem untersagte ihm die Strafkammer gemäß § 42 I StGB für die Dauer von 5 Jahren die Ausbildung von zahnärztlichen Helferinnen. Zusätzlich nahm der Senator für das Gesundheitswesen in Berlin die Approbation zurück. Das BVerwG hob diese Maßnahme auf; in längerer Begründung wird ausgeführt, daß der auch im GG verankerte Grundsatz „ne bis in idem“ auch für solche Fälle Geltung haben müsse, zumal sonst nichts Belastendes gegen den Zahnarzt vorliege. (Diese Entscheidung kann für die Berufungsgerichtsbarkeit weitgehend Bedeutung haben; Ref.)

B. MUELLER (Heidelberg)

J. Cordes: Aktuelle Rechtsfragen der Arztpraxis. Aus wichtigen Entscheidungen. Berl. Med. 16, 478 (1965).

Wenn jemand einen Arzt an eine fingierte Unfallstelle zitiert, um einen angeblich Verletzten zu versorgen, so ist dies grober Unfug im Sinne von § 360, Nr. 11 StGB (OLG Celle, Urteil vom 23. 4. 64, A.Z. 1 Ss 98/64). — Für Klagen von Ärzten gegen eine Knappschaft, denen die Zulassung zur knappschaftsärztlichen Versorgung abgelehnt wurde, ist die Sozialgerichtsbarkeit zuständig (BSG vom 4. 6. 64, 6 RKa 22/61 Essen).

B. MUELLER (Heidelberg)

Hans-Otto Neugebauer: Die gesetzliche Pflicht zur Gutachtenerstattung. [8. Fortbild.-Kurs f. Soz.-Med. Begutachtungsk. f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 21. bis 23. X. 1964.] Med. Sachverständige 61, 177—179 (1965).

Verf. (Senatspräsident am Landessozialgericht in Darmstadt) beruft sich auf § 407 ZPO, die insoweit für die Sozialgerichtsbarkeit zuständig ist. Danach muß der zum Sachverständigen Ernannte der Ernennung Folge leisten, wenn er die Wissenschaft usw., deren Kenntnis Voraussetzung der Begutachtung ist, öffentlich zum Erwerb ausübt oder wenn er zur Ausübung derselben öffentlich bestellt oder ermächtigt ist. Wenn ein vielbeschäftigter Klinikleiter meint, er könne durch einen Telefonanruf sich der Verpflichtung zur Erstattung des Gutachtens entziehen, so sei dies ein Irrtum. Verf. hält es auch nicht für statthaft, daß der Klinikleiter ohne besondere Zustimmung des Gerichts einem Oberarzt oder einem anderen erfahrenen Mitarbeiter das Gutachten überträgt. Das Gericht ist nun einmal auf die Hilfe des Sachverständigen angewiesen. Die Schriftleitung der Zeitschrift „Der Medizinische Sachverständige“ meldet gegen diese Auffassung gewisse Bedenken an.

B. MUELLER (Heidelberg)

Karl-Heinz Wichmann: Zur Neuordnung des ärztlichen und zahnärztlichen Gebührenrechts. Neue jur. Wschr. 18, 1064—1067 (1965).

Verf. (Oberregierungsrat in Hannover) bespricht zunächst die Geschichte der ärztlichen Gebührenordnungen. In der jetzt erlassenen wird bestimmt, die Vergütung bemesse sich nach dem Einfachen bis Sechsfachen der Sätze des Verzeichnisses, soweit nicht etwas anderes bestimmt werde. Innerhalb dieses Rahmens sind die Gebühren und Entschädigungen unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des einzelnen Falles, insbesondere der Schwierigkeit der Leistung, des Zeitaufwandes, der Vermögens- und Einkommensverhältnisse der Zahlungspflichtigen, sowie der örtlichen Verhältnisse nach billigem Ermessen zu bestimmen. Verf. äußert Bedenken gegen die Möglichkeit einer Berücksichtigung der Einkommensverhältnisse des Patienten, obwohl es von jeher Brauch war, das Einkommen des Patienten bei der Liquidation mit zu berücksichtigen. In welchen Einzelfällen eine Vervielfältigung der Gebührensätze gerechtfertigt ist, wird im Zweifel durch die Auslegung der Bestimmung durch weitere Verordnungen oder durch die Rechtsprechung erfolgen müssen.

B. MUELLER (Heidelberg)