

bisher bekannt gewordenen wenigen Mordversuche und Selbstmorde mit Cumarinderivaten dargestellt werden, geht Verf. auf deren chemischen Nachweis aus biologischem Material ein. Anschließend berichtet er über den ersten vollendeten Mord mit dem Cumarinderivat Warfarin: Ein 32 Jahre alter Mann erhielt über 15 Tage insgesamt rund 1 g Warfarin neben Pivalyl in Pflaumenmus (zur Verdeckung der blauen Warnfarbe) und verstarb dann unter dem Bild einer hämorrhagischen Diathese. Klinische Erscheinungen: Müdigkeit, Schmerzen in den Kniegelenken, starkes Nasenbluten, Blutungen aus dem Mund. Die pathologisch-anatomischen und feingeweblichen Befunde stehen in Übereinstimmung mit den Ergebnissen aus Tierversuchen. Darüber hinaus konnte eine capillartoxische Wirkung und eine auffällige Schädigung der Leber festgestellt werden, die an eine hochgradige toxische Fermentstörung des Parenchyms denken lässt. Von anderen Autoren beobachtete venöse Thrombosen, wie sie bei den Cumarinnekrosen der Haut gesehen wurden, konnten nicht gefunden werden. Die chemische Untersuchung der Organe erfolgte in Anlehnung an die Methode von WANTORP. Hierbei wurden aus Magen, Leber, Niere und Muskulatur Fraktionen gewonnen, die bei den dünnenschichtchromatographischen Untersuchung Flecken in Höhe der Rf-Werte von Warfarin bzw. Pivalyl ergaben. UV-spektrophotometrisch konnten der Warfarin-Reinsubstanz sehr ähnliche Absorptionskurven erhalten werden. Quantitative Auswertung: Magen 13,5 γ-%, Leber 10 γ-%, Muskulatur 4,1 γ-%, Nieren 18 γ-% Warfarin.

M. GELDMACHER-V. MALLINCKRODT (Erlangen)

C. Amelunxen: Zur Prophylaxe der Alterskriminalität. Fortschr. Med. 84, 169—170 (1966).

Im Sinne des gestellten Themas werden nur allgemein dem Altersabbau entgegenwirkende medizinische Maßnahmen erwähnt und die Resozialisierung angesprochen. Das geltende Strafrecht und dessen zu erwartende Reform hält Verf. für ausreichend, um typischen Altersdelinquenten in schuldangemessener Weise gerecht zu werden. Die sozialpädagogischen Prämissen des Jugendstrafrechts entfallen für ein eventuelles „Altersstrafrecht“, gegen das auch eingewendet wird, daß es bedenklich sei, jede altersbedingte Persönlichkeitseinbuße oder gar schon das hohe Alter automatisch in den Rang eines Strafausschließungs- oder Milderungsgrundes zu erheben. Aus der richterlichen Vernehmungspraxis werden auf Altersabbau hinweisende Anhaltspunkte angeführt, die zur bekannten psychiatrischen Symptomatik dieser Art gehören. DUCHO

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

Krankenpflegegesetz. Kommentar von PETER KILIAN. Berlin: Franz Vahlen 1966. XI, 209 S. geb. DM 24.60.

Einleitung: Geschichtlicher Überblick über die außerfamiliäre Krankenpflege, welche die Antike nicht kannte und die unter dem Einfluß des Christentums während des Mittelalters entstand (Spitäler der Klöster, geistlichen und Ritterorden, später bürgerliche Pflegeorden). Christlich-karitative Strömungen haben die Krankenpflege bis in die Gegenwart mitbestimmt (Dianonissenhäuser); die erste staatliche Regelung der Krankenpflege in Deutschland (1906) erfolgte auf Initiative der Berufsverbände. Eine einheitliche Regelung der Kranken- und Säuglingspflege wurde 1938 für das Deutsche Reich gesetzlich vorgeschrieben und die berufsmäßige Krankenpflege (auch für Hilfspersonen) von einer staatlichen Erlaubnis abhängig gemacht. — Demgegenüber stellt das Krankenpflegegesetz von 1957 eine bemerkenswerte Auflockerung dar: es gibt die berufsmäßige Krankenpflege wieder frei und regelt lediglich die Berechtigung, bestimmte Berufsbezeichnungen, nämlich: „Krankenschwester, Kinderkrankenschwester, Krankenpfleger, Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer“ zu führen. Für die Führung der erwähnten Berufsbezeichnungen werden bestimmte Voraussetzungen (persönlicher Art sowie hinsichtlich der Ausbildung) gemacht: a) für Krankenschwestern bzw. Kinderkrankenschwestern: dreijähriger Besuch einer staatlich anerkannten Krankenpflege- bzw. Kinderkrankenpflegeschule in Form eines Lehrganges, wobei die Schule mit einem entsprechenden Krankenhaus verbunden sein muß, welches die praktische Ausbildung gewährleistet; (persönliche Voraussetzung zum Schulbesuch: 18 Jahre, Realschulabschluß oder Abschluß einer zehnklassigen Schule oder Volkschulabschluß mit abgeschlossener Lehre bzw. erfolgreicher Besuch einer Pflegevorschule, ferner unter Umständen eine halbjährige hauswirtschaftliche Tätigkeit). — b) für Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer: einjähriger Lehrgang auf einer Schule für Krankenpflegehilfe, welche mit einem geeigneten Krankenhaus verbunden sein muß; (persönliche Voraussetzung: 18 Jahre, abgeschlossene Volksschulbildung). Der Besuch der Schulen wird durch Prüfung vor staatlichem

Prüfungsausschuß abgeschlossen. — Das Gesetz gestattet demnach den Krankenhausleitungen die berufsmäßige Beschäftigung von Pflegepersonal ohne die im Gesetz festgelegte Ausbildung; andererseits gibt es den Krankenhausleitungen die Gewähr, daß Pflegepersonal, welches die geschützten Berufsbezeichnungen führt, eine bestimmte Ausbildung genossen hat und gewisse personelle Voraussetzungen erfüllt. Es wird in Kauf genommen, daß Personen, welche sich berufsmäßig mit Krankenpflege befassen, ohne jede Vorbildung etwa die Bezeichnung „Krankenpflegerin, Pflegehelferin, Schwester“ und ähnliches führen können, d.h. jede andere Bezeichnung als die im Gesetz geschützten Bezeichnungen. Nach Ansicht des Gesetzgebers sind die Krankenhausleitungen auf Grund von allgemeinen straf- und zivilrechtlichen Vorschriften gehalten, eine „ordnungsgemäße“ Krankenpflege sicherzustellen: sie tragen daher rechtlich die Verantwortung für die Qualität von Pflegepersonal, welches nicht zur Führung der geschützten Berufsbezeichnungen berechtigt ist. Zweifellos wird durch die gesetzliche Regelung einmal den Krankenhausleitungen bei dem herrschenden Mangel an voll ausgebildetem Personal eine Ausweichmöglichkeit gegeben; andererseits wird sich — in dem Zeitpunkt, wenn ausreichend gehörig ausgebildetes Pflegepersonal vorhanden ist — das Gesetz praktisch doch im Sinne einer Zulassungsordnung auswirken. — Das Gesetz soll mit einer Zweiteilung der ausgebildeten Pflegekräfte das Sozialprestige der „Vollschwester“ (dreijährige Ausbildung) heben, andererseits einen Anreiz für Pflegepersonal darstellen, welches eine so lange Ausbildung scheut und nun die Gelegenheit bekommt, auch bei kürzerer Ausbildung eine gewisse Qualifikation für den Pflegeberuf zu erwerben.

SCHRÖDER (Hamburg)

Emilio Mari: Problemi di responsabilità giuridica nell'uso di farmaci ad azione lesiva sul prodotto del concepimento. (Über Probleme der rechtlichen Verantwortlichkeit bei Anwendung von Pharmaka, die einen schädigenden Einfluß auf die Schwangerschaft haben können.) [Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Modena.] Med. leg. (Genova) 13, 73—91 (1965).

In einer Übersicht (allerdings nur fünf Literaturangaben — der Ref.) werden viele Arzneimittelgruppen unter dem Gesichtspunkt eines möglichen schädigenden Einflusses auf die Schwangerschaft abgehandelt. Zu den Präparatgruppen, die eine Schädigung des Foeten verursachen können, sind zu rechnen: Kardiotonika, Anaesthetika, Hypnotika, stark wirkende Analgetika (aus der Gruppe der morphin- und morphinähnlichen Derivate), schwach wirkende Analgetika (Derivate der Salicylsäure u.a.), Antirheumatika, Antineuralsika, Antipyretika, Antibiotika, Sulfonamide, Cytostatika, Antikoagulatien, Antihistaminika, Diuretika, Antidiabetika, Drastika, verschiedene Gruppen von Psychopharmaka, Sexualhormone. — Die einzelnen Schädigungsfolgen und ihre Häufigkeit werden übersichtlich in Tabellen aufgezeigt. Außerdem wird der Mechanismus der Schädigung besprochen soweit er bisher bekannt geworden ist. — Angesichts der Vielzahl der Arzneimittel, die zu einer Schädigung führen können, wird im Hinblick auf die derzeitige italienische Gesetzgebung im Zivil- und Strafrecht umfassend die Verantwortlichkeit des Arztes bei einer solchen Behandlung diskutiert.

HANS-JOACHIM WAGNER (Mainz)

A. Gattai: Incidenti da iniezione endovenosa e responsabilità professionale. (Über die Verantwortlichkeit des Arztes bei Zwischenfällen im Verlauf von intravenösen Injektionen.) [Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Pisa.] G. Med. leg. Infortun. Tissicol. 11, 158—171 (1965).

Verständlicherweise befaßt sich die Arbeit vorwiegend mit den Grundsatzentscheidungen im italienischen Zivil- und Strafrecht, die aber weitgehend denjenigen in der Bundesrepublik Deutschland entsprechen.

HANS-JOACHIM WAGNER (Mainz)

L. Dérobert, R. Wolfromm, A. Dehouve et R. Lange: Les accidents graves par injection intra-veineuse de substances iodées pour urographie. (Zwischenfälle nach i.v.-Injektion jodhaltiger Kontrastmittel für die Pyelographie.) Ann. Méd. lég. 44, 330—345 (1964).

Zwei tödliche Zwischenfälle während bzw. kurz nach der Injektion jodhaltiger Kontrastmittel zur Darstellung der Harnwege (Frauen über 50 Jahre) veranlassen die Verff. zu einer Übersicht über Häufigkeit, Voraussehbarkeit, Behandlung sowie rechtliche Folgen. Häufigkeit: Im letzten Jahrzehnt ca. 1:100 000; überwiegend noch unter der Injektion einsetzend, mit zeitlichem Abstand seltener werdend. Ätiologie: Die extreme Seltenheit spricht für besondere Faktoren, z.B. Allergie. In einer Statistik von 61 tödlichen Zwischenfällen fanden sich sieben Allergiker.

Außer Allergie, welche Sensibilisierung voraussetzt, wird Anaphylaxie als vorgegebene Überempfindlichkeit angenommen; beide Bedingungen führen wohl über eine Histamin-Ausschüttung zu dem Bild des schweren Zwischenfalls, bei dem die kardiovaskulären und die pulmonalen Symptome (Kollaps, Atemstörungen) die wichtigsten sind. Die Erkennung gefährdeter Personen ist praktisch nicht möglich: selbst Vorproben gegen Jod sind wertlos. Prophylaxe: Leicht erregbare Patienten am Vortage klinisch aufnehmen, sedieren, vor der Injektion ein Antihistaminicum und Nebennierenrinden-Präparat geben. Im Zwischenfall sofort die gleichen Mittel in rasch wirkender Form, dazu Adrenalin, ferner O₂-Atmung, eventuell künstliche Atmung und Herzmassage. Venenfreilegung wegen Kollaps! Wichtig ist die Sicherstellung dieser Maßnahmen vor der Injektion. — Der behandelnde Arzt bzw. der Röntgenologe trägt die Verantwortung für die Indikation; er hat die Gefährdung von Personen zu bedenken, welche an Herz- und Kreislaufkrankungen leiden, an Leber- oder Nierenversagen, an Jodüberempfindlichkeit. Es wird Vermeidung hoher Konzentrationen (ca. 70%ige Lösungen, die für Gefäßkontrastdarstellung nötig sind) angeraten. Nach der Injektion des ersten ml soll etwa 1/2—1 min zugewartet werden. — Zwischenfälle bei der Röntgendarstellung der Harnwege mit Anwendung i.v.-injizierter jodhaltiger Kontrastmittel (Abrodil, Uroselektan u. a.) sind äußerst selten; sie sind nicht voraussehbar und schwer zu behandeln. Die Beachtung der Indikation und etwaiger Gegenindikationen auf Grund von Anamnese und Zustand des Patienten ist erforderlich. Eine medikamentöse Vorbehandlung und die Vorbereitung eines eventuell rasch erforderlich werdenden Eingreifens bei Zwischenfällen sind ärztliche Pflicht.

SCHRÖDER (Hamburg)

Catherine Nissen-Druey: Iatrogene Fremdkörper-Embolie. [Chir. Univ.-Klin., Bürger-spit., Basel.] Münch. med. Wschr. 108, 788—792 (1966).

Nach kurzem Überblick über die iatrogene Fremdkörperembolie bei Eingriffen am Kreislaufsystem — bisher wurden 24 publiziert — schildert die Verf. die zentripetale Verschleppung von Kunststoffvenenkathetern, die bei der in allen Kliniken üblichen Anwendung der Katheter zu iv.-Dauerinfusionen als häufigste Form der iatrogenen Fremdkörperembolie gilt. Die Kunststoffvenenkatheter werden subcutan mit einer scharf zugespitzten Führungsnadel eingestochen, die beim Zurückziehen über den Katheter diesen infolge ungewollter Bewegung durchtrennen kann. Unmittelbar nach dem Verschwinden des abgetrennten Teiles sind die Symptome gering oder fehlen ganz. Die Verschleppung in die Lunge verläuft symptomlos, insofern nicht Äste der A. pulmonalis durch einen Begleithrombus verlegt werden. Tachyarrhythmien oder Bradykardien können auf einen Sitz im Herzen hinweisen. Der Fremdkörper kann Thrombenbildung, Perforation des Herzens oder der Herzkappen, Myokardschädigung sowie bakterielle Endokarditis verursachen. — Die Eigenbeobachtung der Verf. bezieht sich auf einen Zwischenfall bei der Anlage eines iv.-Dauertropfes wegen p.o. Peritonitis in einem auswärtigen Krankenhaus. Drei Monate später kam die 35jährige betroffene Frau infolge einer massiven Lungenblutung ad exitum. Wie die Sektion ergab, war ein 12 cm langes Katheterteilstück in das Herz verschleppt worden, hatte die rechte und linke Semilunarklappe der Pulmonalis perforiert, sich anschließend hufeisenartig in die Wand dieser Arterie eingebohrt und schließlich die vordere Taschenklappe der Pulmonalis verletzt. Als letzte Todesursache ist die Ruptur des entstandenen Aneurysma dissecans der Pulmonalarterie bei der inzwischen ausgebildeten schweren ulcerös-nekrotisierenden Endokarditis festgestellt worden. Eine diffuse hämorrhagische Glomerulonephritis kam noch hinzu. — Wegen der möglichen pathologisch-anatomischen Komplikationen wird generell bei der Verschleppung eines Venenkatheters operative Revision gefordert. Zur Prophylaxe sollten die Hersteller technisch verbesserte Fabrikate mit besserer Fixierung der Kanülen und Röntgensichtbarkeit produzieren.

LEOPOLD (Leipzig)

F. Jaeger: Krampfaderoperation mit Todesfolge, Gutachten. Med. Welt, N.F., 17, 812—814 (1966).

Verf. berichtet von einem Fall von tödlicher Lungenembolie nach einer Krampfaderektoration. Vorausgegangen war ein Arbeitsunfall, der zu Verbrennungen beider Beine führte, und zu einer Vermehrung von Beschwerden an bereits vorher vorhandenen Varicen. Bei der erneuten Einlieferung ins Krankenhaus waren zwar die Verbrennungen unter Narbenbildung abgeheilt, es bestand aber eine Anschwellung der Beine, die nicht näher beachtet wurde. Die Narbenbildung machte aber eine exakte Untersuchung nach TRENDLENBURG und PERTHES unmöglich. — Die Obduktion ergab alte und neue Thrombosen in beiden Femoralvenen, sowie eine massive und einige ältere Lungenembolien mit Lungeninfarkten und einer älteren Infarktpneumonie. — Verf.

hat einen Zusammenhang zwischen Arbeitsunfall und Tod bejaht. Weiterhin werden allgemeine Ausführungen über die Pathogenese der Thrombose und der Indikation zur Operation gemacht.

GREINER (Duisburg)

Robert Schmelcher: Zur ärztlichen Aufklärungspflicht bei Schieloperationen. BGH, Urteil v. 18. Mai 1965, VI ZR 4/64. Dtsch. med. Wschr. 90, 2341—2342 (1965).

Der Kläger, der seit seiner Kindheit schiele und deshalb von einem Facharzt mehreren Operationen unterzogen wurde, behauptete, daß der beklagte Arzt es unterlassen habe, ihn vor den Operationen über die beabsichtigten Eingriffe aufzuklären und insbesondere auf die Möglichkeit des Auftretens von Doppelbildern hinzuweisen. — Der beklagte Arzt bestreit die Verletzung der Aufklärungspflicht und machte geltend, daß er den Kläger auf die Möglichkeit des Eintritts von Doppelsichtigkeit nicht hinzuweisen brauchte, weil eine solche nach Schieloperationen verhältnismäßig selten vorkäme und auch dann nur vorübergehender Art sei. Die Doppelsichtigkeit des Klägers sei auch keine eigentliche Folge der Operation, sondern als anlagebedingte funktionelle Störung des Zusammenarbeitens beider Augen lediglich in Erscheinung getreten und dem Kläger zum Bewußtsein gelangt, nachdem ihm durch den operativen Eingriff überhaupt erst die Möglichkeit zur beidäugigen Benutzung gegeben worden sei. Von sachverständiger Seite wurde diese Auffassung des Beklagten im wesentlichen bestätigt. Die Schadenersatzklage blieb daher in allen Instanzen ohne Erfolg. Der Arzt brauche den Patienten, dem er das Wesentliche über die vorgesehene Behandlung mitgeteilt habe, regelmäßig jedoch nicht auch über die Einzelheiten des beabsichtigten operativen Eingriffes aufzuklären; er war nicht verpflichtet, den Kläger auf die fernliegende Möglichkeit des Eintritts einer verbleibenden Doppelsichtigkeit aufmerksam zu machen.

W. JANSEN (Heidelberg)

Helge Hofsten: Übersicht über die Schweigepflicht der Ärzte. Nord. kriminaltekn. T. 35, 257—282 (1965) [Norwegisch].

Max Kohlhaas: Medizinstudent, ärztliche Fortbildung und ärztliche Schweigepflicht. Dtsch. med. Wschr. 91, 781—783 (1966).

Wenn ein Medizinstudent an einer Visite teilnimmt oder wenn ihm erlaubt wird, sich eine Operation anzusehen oder, wenn vor wenigen Studenten ein Kranker demonstriert wird, so gilt der Student als Gehilfe des Arztes und ist zum Schweigen verpflichtet. Wenn aber in einer klinischen Vorlesung vor vielleicht 300 Hörern Patienten demonstriert werden, so ist es nach der herrschenden Meinung zum mindesten zweifelhaft, ob das, was die Studenten dort sehen und hören, ohne weiteres unter das Berufsgeheimnis fällt. Es wird im allgemeinen nicht kontrolliert, ob die Zuhörer Medizinstudenten sind und das Kolleg auch belegt haben. Der Dozent kann sich bis zu einem gewissen Grade dadurch sichern, daß er die Zuhörer besonders auf die Schweigepflicht aufmerksam macht. Im Ganzen muß aber geraten werden, daß der Dozent entweder das Einverständnis des Patienten herbeiführt (viele Patienten sind wohl einverstanden) oder daß zum mindesten dafür gesorgt wird, daß Namen nicht genannt und auch nicht angedeutet werden und daß das Gesicht nicht zu erkennen ist. Dies gilt auch bei der Demonstration von Lichtbildern.

B. MUELLER (Heidelberg)

J. v. Karger und K. Peters: Probleme der Arztaussage nach dem Tode des Patienten. [Inst. f. gerichtl. u. soz. Med., Univ., Kiel.] An den Grenzen von Medizin und Recht. Festschrift z. 65. Geburtstag von Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. WILHELM HALLERMANN 1966, 207—219.

Nach kurzer Besprechung der strafrechtlichen und berufsrechtlichen Fassungen zur Verschwiegenheitspflicht des Arztes wird besonders auf das Schweigerecht eingegangen, das im Rahmen dieser Problematik mit dem gesetzlich definierten Zeugnisverweigerungsrecht nicht identisch ist. — Wenn ein Arzt nach dem Tode seines Patienten von irgendeiner Seite über den Zustand seines Patienten oder über bestimmte Befunde seines Patienten befragt wird, dann ergeben sich generell drei Möglichkeiten: 1. Bei klarer Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten, wobei sich der Patient des Umfangs und der Tragweite bewußt war, besteht für den Arzt weder die Pflicht noch das Recht zum Schweigen. 2. Bei pauschalierter Entbindung — z. B. in Form einer Unterschrift unter einen Versicherungs-Vertrag —, ohne daß sich der Patient der Tragweite der Entbindung bewußt ist, entsteht die Frage, ob es einen Ermessensentscheid für den Arzt gibt. Die zweifellos bestehende Aussage- und Auskunftspflicht kann ihre Begrenzung dort finden, wo eine weitere Offenbarung nicht mehr im Sinne der Sache liegt. 3. Es liegt keine Entbindung vor. — Gerade an dem letzteren Fall haben sich die Meinungsverschiedenheiten

entzündet. Eine Entscheidung des OLG Düsseldorf geht davon aus, daß die Interessenslage eines Menschen mit seinem Tode eine erhebliche Einengung erfahre. Das LSG München vertritt mit einem Beschuß vom 6. 4. 1962 die Ansicht eines unbeschränkten Fortbestehens der Schweigepflicht nach dem Tode des Patienten. Beide Auffassungen berücksichtigen eine verantwortungsbewußte Entscheidungsfreiheit des Arztes in Form des Schweigerechtes nicht. — Angeschlossen sind hier Erörterungen zur Frage einer Entbindung von der Schweigepflicht und zum Strafantragsrecht. Grundsätzlich wird von den Autoren die Ansicht vertreten, daß ein Arzt nach dem Tode seines Patienten das Recht haben müsse, sich nach gewissenhafter Abwägung zu einer Aussage zu entschließen oder sie zu unterlassen. Diese Abwägung muß und darf nach herrschender Meinung nur als Güter- und Interessenabwägung erfolgen, nicht aber nach Utilitäts- und Opportunitätsprinzipien. Von besonderem Interesse sind die Fragen der Verschwiegenheitspflicht auch für den Pathologen und den Gerichtsmediziner. Nach BÜNGELER ist der Pathologe der letzte am Patienten tätige Arzt. Wenn dem Pathologen und Gerichtsmediziner auch kein Geheimnis mehr „anvertraut“ werden kann, so ist er doch zweifellos als Arzt tätig und in dieser Eigenschaft kann ihm ein Umstand bekannt werden, den er im Interesse des Verstorbenen für geheimhaltungswürdig hält. Müßte die Allgemeinheit befürchten, daß der obduzierende Arzt über das, was er erfahren hat, unbefugt Mitteilung macht, würden die Widerstände der Öffentlichkeit gegen Obduktionen noch größer werden. Grundsätzlich bestehe für einen Obduzenten beim Auftreten von Verdachtsmomenten für einen gewaltsamen Tod keine Verpflichtung zur Anzeige, abgesehen von den Fällen, in denen der Obduzent auch den Leichenschauschein ausfüllen muß. Zu diesem Fragenkreis werden noch eine Reihe interessanter Möglichkeiten und Beispiele angeführt.

W. JANSSEN (Heidelberg)

Walter Dunz: Fremde Unrechtshandlungen in der Kausalkette. Neue jur. Wschr. 19, 134—137 (1966).

Auf Erörterungen von ROTHER zur Frage „Adäquanztheorie und Schadensverursachung durch mehrere“ (NJW 1965, 177) kritisch eingehend, kommt Verf. zur Aufstellung des Grundsatzes, es gehe nicht an, die zivilrechtliche Haftung allgemein zu verneinen oder einzuschränken, wenn oder soweit der Schadenserfolg nur durch Vermittlung fremden rechtswidrigen Verhaltens denkbar war. Fremde Unrechtshandlungen sind als Glieder der voraussehbaren Kausalkette nicht grundsätzlich privilegiert. Diese Regel findet jedoch ihre Grenze da, wo es dem Handelnden (oder Unterlassenden) unter Berücksichtigung des Ranges des gefährdeten Rechtsgutes und des Grades der Gefährdung nach gesetzlicher Regelung oder rechtlich anerkannter Verkehrsanschauung nicht zugemutet wird, mit Rücksicht auf die mehr oder weniger hohe Wahrscheinlichkeit fremden Rechtsbruches auf an sich erlaubtes Verhalten zu verzichten. Die Problematik erscheint überaus vielschichtig.

HÄNDL (Waldshut)

R. Schmelcher: Zur Frage der Schadenersatzpflicht wegen Überschreitung des ärztlichen Fachgebiets. Dtsch. med. Wschr. 91, 91—94 (1966).

Ein Chirurg eines Krankenhauses operierte gelegentlich auch auf gynäkologischem Gebiet. Die zuständige wirtschaftliche Vereinigung der Gynäkologen erhob dagegen Einspruch und verlangte in einem Modellprozeß Schadenersatz. Gestützt wurde der Anspruch auf die Bestimmungen der bayerischen Berufsordnung, nach welcher Fachärzte sich grundsätzlich auf das Fach beschränken müssen. Der BGH in Karlsruhe machte sich diese Auffassung nicht voll zu eigen. Wenn der Krankenhauschirurg gelegentlich eine Operation durchführt, die mehr auf gynäkologischem Gebiet liegt, so sei dagegen nichts einzuwenden, es gebe fließende Übergänge zwischen den beiden Fachgebieten.

B. MUELLER (Heidelberg)

BGB §§ 276, 823 (Aufklärungspflicht des Arztes über Folgen von ärztlichen Eingriffen). Mag auch zweifelhaft sein, ob bei einem ärztlichen Eingriff (hier: Kropfoperation) allein auf Grund der Komplikationshäufigkeit etwa auftretender Schadensfolgen (hier: Stimmwandlähmung infolge Recurrensschädigung) eine Aufklärung geboten erscheint, so muß der Patient jedenfalls dann aufgeklärt werden, wenn er auf Grund seines Berufes auf den Gebrauch einer voll funktionsfähigen Stimme angewiesen ist. [OL GKarlsruhe, Urt. v. 1. 10. 1965 — 2 U 318/64 b.] Neue jur. Wschr. 19, 399—402 (1966).

Eine 36 Jahre alte Chefsekretärin wurde vom praktischen Arzt wegen eines Kropfleidens mit Schilddrüsenüberfunktion und leichter bis unter das Brustbein reichender Verdrängung der Luft-

röhre nach erfolgloser medikamentöser Behandlung in das Krankenhaus eingewiesen. Nach Vornahme der klinischen Untersuchungen führte ein Mitarbeiter des Chefarztes eine Kropfoperation durch, die eine Lähmung des linken Stimmbandes zur Folge hatte. — Auf eine solche Möglichkeit war die Klägerin vor der Operation nicht hingewiesen worden; sie forderte Ersatz für den durch die Recurrenslähmung entstandenen Schaden. Einmal machte sie einen Kunstfehler des Operateurs geltend und zum anderen hätte sie auch, falls sie über den möglichen Eintritt einer Recurrenslähmung aufgeklärt worden wäre, die Operation nicht — zumindest nicht zu dem damaligen Zeitpunkt — und allenfalls auch nur durch einen auswärtigen Spezialisten durchführen lassen. — Von den beklagten Ärzten des Krankenhauses wurde jedes Verschulden bestritten; eine Recurrenslähmung könnte auftreten, ohne daß daraus auch dem erfahrensten Chirurgen ein Vorwurf zu machen ist. Außerdem sei die Tonlosigkeit der Stimme nicht durch die Stimmbandlähmung, sondern auf Grund einer psychischen Labilität der Klägerin ausschließlich durch funktionelle Überlagerung ausgelöst worden. Schließlich wäre eine Aufklärung über die Möglichkeit eines Stimmschadens nicht erforderlich gewesen, weil ein solcher nach Kropfoperationen höchst selten aufzutreten pflegt. — Dennoch wurden die beiden beklagten Ärzte zum Ersatz des gesamten, der Klägerin erwachsenen materiellen Schadens und zur Zahlung einer monatlichen Rente verurteilt; ihre Berufung blieb ohne Erfolg. — Die in dem vorliegenden Aufsatz wiedergegebene Begründung des Senates enthält längere, sicherlich allgemein bekannte, prinzipielle Ausführungen zur ärztlichen Aufklärungspflicht. Hervorzuheben ist, daß im vorliegenden Fall auf Grund des Sachverständigengutachtens der Vorwurf eines Kunstfehlers nicht aufrecht erhalten wurde. Selbst bei noch so sorgfältigem und gewissenhaftem Vorgehen läßt sich bei einer Kropfoperation eine Schädigung des Nervus recurrens nicht mit Sicherheit vermeiden. Zur Frage der Aufklärungspflicht wird festgestellt, daß es an einer wirksamen Einwilligung schon dann fehlen kann, wenn der Arzt es schuldhaft unterläßt, den Patienten über mögliche schädliche Folgen einer vorgesehenen Operation oder Heilbehandlung aufzuklären. Zu den Grundsätzen über den Umfang der Aufklärungspflicht wird auf das Urteil des BGH vom 16. 10. 1962 (NJW 63, 393ff.) verwiesen. Unter anderem komme es sehr darauf an, welcher Art die möglicherweise eintretenden Folgen sind, wie groß im gegebenen Fall die Gefahr ihres Eintrittes ist und wie schwer sie im Verhältnis zu den Folgen wiegt, die für den Patienten im weiteren Ablauf seiner Erkrankung zu erwarten wären, wenn die vorgesehene Behandlung unterbliebe. Auf sehr seltene Gefahren, deren Auftreten auch im Falle des betreffenden Patienten so wenig wahrscheinlich sind, daß sie bei einem verständigen Menschen in seiner Lage für den Entschluß, in die Behandlung einzustimmen, nicht ernsthaft ins Gewicht fallen, braucht der Patient nicht hingewiesen zu werden. Gleichfalls kann eine Aufklärung unterlassen werden, wenn die möglichen Nebenwirkungen der Behandlung so viel weniger gravierend sind als die Folgen eines Unterbleibens der Behandlung, daß sie ein vernünftiger Mensch in der Lage des Patienten für seine Willensentschließung nicht als bedeutsam ansähe. Nach Überzeugung des Senates mag es zweifelhaft sein, ob allein auf Grund der Komplikationshäufigkeit eine ärztliche Aufklärung geboten erscheint. Im vorliegenden Fall konnte diese Frage aber unentschieden bleiben, weil der Operateur angesichts der besonderen bei der Klägerin gegebenen Verhältnisse — sie war Chefsekretärin — zur Aufklärung über den möglichen Eintritt einer Stimmbandlähmung verpflichtet war. Vom ärztlichen Sachverständigen wurde dazu ausgeführt, daß er eine Aufklärung über eine mögliche Stimmschädigung bei Patienten, die auf ihre Stimme unbedingt angewiesen sind, für notwendig erachte. Wie sich aus den Darlegungen der Beklagten in beiden Instanzen ergab, hatten sie sich über den Beruf der Klägerin überhaupt keine Gedanken gemacht bzw. der Frage der Berufstätigkeit für die Frage der Durchführung des Eingriffes keine Bedeutung beigemessen. Nach Auffassung des Gerichtes liege gerade darin das schuldhafte Fehlverhalten der Beklagten. Eine erhöhte Pflicht zur Aufklärung bestand im vorliegenden Fall deshalb, weil die Durchführung der Kropfoperation zur Beseitigung eines lebensbedrohenden Zustandes nicht erforderlich war; dies gehe aus dem Sachverständigengutachten hervor. Die Aufklärungspflicht nehme in dem Maße zu, in dem die unbedingte und lebensnotwendige Indikation des beabsichtigten Eingriffs abnehme. Auch bei geringster Häufigkeitsdichte muß über mögliche Komplikations- und Nebenfolgen dann aufgeklärt werden, wenn die gegebene Situation den Patienten vor eine wirkliche Alternative stellt, d.h. wenn der Eingriff nicht etwa zur Lebensrettung oder zur Verhütung schweren Siechtums unerlässlich ist, sondern z.B. der Patient auch die Wahl hat, sich mit seinem Leid abzufinden (vgl. BOCKELMANN in NJW 61, 947). Die Pflicht zur Aufklärung über einen möglichen Stimmschaden wird im vorliegenden Fall also besonders daraus abgeleitet, daß die Klägerin z.Zt. des Eingriffes als Chefsekretärin tätig war, also in einem Beruf, dessen weitere Ausübung durch eine erhebliche Beeinträchtigung der Stimme unmöglich gemacht werden konnte.

W. JANSSEN (Heidelberg)

BGB §§ 627, 628 (Fristlose Kündigung eines ärztlichen Behandlungsvertrages). a) Im Rahmen eines mit einem Patienten geschlossenen ärztlichen Behandlungsvertrages stellt es ein schuldhaftes Verhalten des Arztes dar, wenn er sich bei der Auszählung von Blutkörperchen auf die Tätigkeit seiner Sprechstundenhilfe verläßt und infolge falschen Auszählens dem Patienten einen falschen Befund mitteilt. b) Die auf eine solche Weise zustande gekommene falsche Diagnostizierung berechtigt den Patienten zur fristlosen Kündigung des Behandlungsvertrags, ohne daß dem Arzt für seine bisherige Tätigkeit ein Vergütungsanspruch zusteht. [LG Essen, Urt. v. 7. 4. 1965 — 1 S 47/65.] Neue jur. Wschr. 19, 402—404 (1966).

Ein Arzt untersuchte einen Patienten in der üblichen Weise. Der Blutstatus wurde von der technischen Assistentin angefertigt; diese zählte die weißen Blutkörperchen falsch aus, so daß der Arzt eine Leukämie diagnostizierte. Nach Ansicht des Gerichtes steht dem Kläger ein Honoraranspruch aus der Behandlung des Beklagten nicht zu, obwohl unstrittig ein ärztlicher Behandlungsvertrag zustande gekommen ist. Allgemein ist die ärztliche Honorarforderung ein Vergütungsanspruch aus § 612 BGB. Es steht gemäß § 628 Abs. 1 BGB dem Dienstverpflichteten, also dem Arzt, im Falle einer fristlosen Kündigung eine Vergütung dann nicht zu, falls er durch sein vertragswidriges Verhalten dem Dienstberechtigten Anlaß zur Kündigung gegeben hat und seine bisherigen Leistungen infolge der Kündigung für diesen kein Interesse mehr haben. Dies lag im zitierten Falle vor.

E. TRUBE-BECKER (Düsseldorf)

Richard P. Bergen: Surgery in the courtroom. (Chirurgie im Gerichtssaal.) J. abdom. Surg. 7, XIII, XVI u. XX (1965).

Allgemein gehaltener Bericht über mehrere Gerichtsentscheidungen zu Fragen der ärztlichen Haftung. — Der erste Fall betrifft eine Frau, die nach fünfmonatiger konservativer Vorbereitung einer Thyreoidektomie unterzogen wurde. Vom Operateur war die Patientin über das allgemeine Risiko der geplanten Operation aufgeklärt worden; zur Vorbereitung der eigentlichen Operation erfolgte deshalb die stationäre Aufnahme eine Woche vor dem Operationsbeginn. Im Gefolge der komplikationslos verlaufenen Operation entwickelte sich innerhalb eines Jahres eine beiderseitige Recurrensparese. Nach zunehmenden Atembeschwerden wurde von einem anderen Arzt eine Tracheotomie vorgenommen. Die Patientin klagte gegen den ersten Arzt, weil dieser sie nicht auf die Möglichkeit der Stimmbandlähmung besonders hingewiesen hatte. — Die Klage wurde vom Gericht abgewiesen, weil die Patientin vor der Operation vom Operateur ausdrücklich über das allgemeine Risiko des geplanten Eingriffes aufgeklärt worden war. — Im zweiten Fall wurde vom Gericht festgestellt, daß der Chirurg für eine Paraplegie der unteren Extremitäten im Gefolge einer Laminektomie, die nach einem Arbeitsunfall durchgeführt wurde, nicht haftbar sei. Die unerwünschte Operationsfolge war letztlich auf eine Wundinfektion zurückzuführen, die trotz gewissenhafter Einhaltung der ärztlichen Kunstregeln entstanden war. — Zwei weitere Entscheidungen ohne besondere Bedeutung befassen sich mit der Klage eines Arztes gegen seine Entlassung und mit der Möglichkeit als Zeuge und Sachverständiger vor Gericht auftreten zu können.

W. JANSEN (Heidelberg)

StGB §§ 223, 224 (Verlust von Schneidezähnen). Eine Entstellung durch Verlust von Schneidezähnen kann nicht als dauernd festgestellt werden, wenn sie voraussichtlich durch eine Zahnprothese beseitigt wird (gegen BGHSt. 17, 161 = NJW 62, 1067). [LG Hamburg, Urt. v. 21. VII. 1965 — (40) 26/65.] Neue jur. Wschr. 19, 1178—1180 (1966).

HeilprG § 1 Abs. 2 (Keine Erlaubnispflicht für Sehschärfenbestimmung durch Optiker). Die Bestimmung der Sehschärfe durch Optiker ist keine Ausübung der Heilkunde im Sinne des § 1 Abs. 2 des Heilpraktikergesetzes v. 17. 2. 1939 (RGBl. I 251) und unterliegt nicht den Vorschriften dieses Gesetzes. [BVerw.G, Urt. v. 20. 1. 1966 — IC 73/64 (Münster).] Neue jur. Wschr. 19, 1187—1190 (1966).

Berufsordnung für die Ärzte Bayerns (1958) § 18 Abs. 1 u. 3 (Standeswidrige Werbung eines Arztes durch Veröffentlichungen in einer Illustrierten). Ein Arzt, der in einer Illustrierten seinen Lebenslauf und seine berufliche Entwicklung veröffentlicht, wobei

durch Text- und Bildgestaltung seine besondere berufliche Tüchtigkeit und seine besonderen Behandlungserfolge herausgestellt werden, betreibt eine standeswidrige Werbung. (OLG München (Berufsgericht f. d. Heilberufe), Urt. v. 15. V. 1965 — BG-Ä 1/65.) Neue jur. Wschr. 19, 1170—1172 (1966).

Ein unter dem Namen des Direktors eines Instituts für gerichtliche Medizin erstattetes Gutachten ist keine gutachtliche Erklärung einer öffentlichen Behörde. [Hanseatiches OLG, Beschl. v. 3. VI. 1965 — 1 Ss 26/65.] Blutalkohol 3, 386—387 (1966).

Robert Schmelcher: Zur Frage des Kündigungsschutzes eines Belegarztes. Dtsch. med. Wschr. 90, 2173—2174 (1965).

Urteil des LG Oldenburg vom 15. I. 65 (20297/64). Einem Belegarzt war nach mehr als 25jähriger Tätigkeit an einem katholischen Krankenhaus gekündigt worden, weil das Haus in ein Anstalts-Fachkrankenhaus umgewandelt wurde. Die Kündigung aus wichtigem Grunde wurde zugelassen, weil die Umstellung auf ein Fachkrankenhaus ein solcher wichtiger Grund sei. Ausführliche Wiedergabe der Gründe. SPANN (München)

J. Cordes: Wann können Krankengeschichten beschlagnahmt werden? Berl. Med. 16, 825 (1965).

Die Beschlagnahme von Krankengeschichten ist nach § 97 StPO nur dann möglich, wenn der behandelte Patient Beschuldigter in einem Strafverfahren ist. Darüber hinaus kann eine Beschlagnahme auch aus den Grundrechten der Unantastbarkeit der Menschenwürde und den allgemeinen Persönlichkeitsrechten hergeleitet werden. Wenn andere Interessen dagegenstehen, ist eine Interessensabwägung vorzunehmen. Dies gewinnt Bedeutung, wenn ein Arzt beschuldigt ist und zu seiner Entlastung das Krankenblatt in den Prozeß eingeführt werden muß. SPANN

Max Kohlhaas: Darf der Arzt Klingel und Telefon abstellen? Dtsch. med. Wschr. 90, 2080—2083 (1965).

Verf. unterscheidet bei den aufgeworfenen Problemen die „ärztethische“ und die rein rechtliche Seite und vertritt zum ersteren die Auffassung, daß der Arzt bei seiner Berufswahl wisse, daß er auch nachts unter Umständen zur Verfügung stehen müsse und aus diesem Grunde dafür zu sorgen habe, daß er erreichbar sei. Allerdings sei diese harte Arbeit ihres Lohnes wert, was durch entsprechende Honorarregelung zum Ausdruck kommen müsse. — Ausführungen über das Problem der Abgrenzung des Tatbestandes des § 330c StGB gegen die allgemeine ärztliche Pflicht zum Tätigwerden. Verf. tritt mit Nachdruck dafür ein, den Bereitschaftsdienst nach Fachgruppen aufzugliedern. Auch die Frage des „Verleugnungs“ und des Alibiphons wird besprochen. Ausführliche Darstellung mit erläuternden Beispielen. SPANN (München)

Robert Schmelcher: Zusammenarbeit zwischen Arzt und Heilpraktikern. Dtsch. med. Wschr. 91, 869 (1966).

Auf Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofes besteht das in der bayerischen Ärzteordnung niedergelegte Verbot einer Zusammenarbeit von Ärzten mit Heilpraktikern zu Recht; es ist nicht verfassungswidrig. Wenn aber ein Heilpraktiker das Gefühl hat, daß er mit seiner Behandlung nicht zurechtkommt, und den Patienten einem Arzt überweist, so bestehen keine Bedenken dagegen, daß der Arzt die Behandlung aus eigener Verantwortung übernimmt. B. MUELLER (Heidelberg)

Robert Schmelcher: Kosmetische Warzenbehandlung im Kaltkauterverfahren und Ausübung der Heilkunde nach dem Heilpraktikergesetz. Dtsch. med. Wschr. 91, 869—872 (1966).

Ein Kosmetiker entfernte Warzen im Kaltkauterverfahren. Die Ärzteschaft begehrte ein Verbot dieser Tätigkeit. Dem gab das zuständige Verwaltungsgericht zunächst auch statt, das Bundesverwaltungsgericht hat jedoch entschieden, daß die für das Verbot angeführten Gründe nicht ausreichen. Die Sachverständigengutachten seien unklar, es fehle eine Statistik über bösartige Entartung von an sich gutartigen Hautgeschwülsten, die Unterlagen reichten nicht aus, die Vorinstanz müsse sie ergänzen und noch einmal entscheiden. B. MUELLER (Heidelberg)

B. Barni: Aspetti deontologici e medico-legali della cartella clinica. [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Siena.] G. Med. leg. Infortun. Tossicol. 11, 354—367 (1965).