

als echte Strafe getreten. Das Fahrverbot (mindestens ein Monat, höchstens drei Monate) wirkt ab Rechtskraft der Entscheidung, verlängert sich aber um die Zeit bis zur Ablieferung des Führerscheins in amtliche Verwahrung. Die Unterlassung der Ablieferung ist nicht straffbewehrt, wohl aber das Führen eines Kraftfahrzeugs während der Verbotsdauer. Unzuträglichkeiten ergeben sich in der Praxis daraus, daß die Verbotsfrist einerseits von der Rechtskraft der Entscheidung, andererseits von der Ablieferung des Führerscheins abhängig ist; eine entsprechende Belehrung des Verurteilten ist nicht gesetzlich vorgeschrieben und erfolgt nur uneinheitlich. Die Betroffenen sind über diese Rechtslage nicht oder nur unzulänglich orientiert. Schwierigkeiten ergeben sich auch dadurch, daß der Beginn des Fahrverbots nicht aufgeschoben werden kann. Das Fahrverbot ist in seiner verfahrensrechtlichen Durchführung unzureichend durchdacht und geregelt. Verff. geben Anregungen für eine zweckmäßigere Gestaltung der Vollstreckungsmaßnahmen und der Belehrung des Verurteilten. HÄNDEL (Waldshut)

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

● **Z. Ander: Begriffe von ärztlicher Ethik.** (Medizin und Apothekerkunde Inst., Tirgu-Mureş.) Bukarest: Ärtzl. Vlg. 1965. 200 S. u. 44 Abb. [Rumänisch].

Nachdem die Moral-Recht-Ethik und Medizindeontologiebegriffe bestimmt und erklärt werden, bespricht Verf. die Gesichtspunkte der medizinischen Ethik in verschiedenen geschichtlichen Perioden und behandelt am Ende ausführlich die Entwicklung der medizinischen Ethik — im Geiste des sozialistischen Humanismus — in der Sozialistischen Republik Rumäniens. — Die Hauptcharakteristik der medizinischen Praxis im Sozialismus — das Interesse für eine immer bessere Pflege der Kranken — wird als eine Auffassung hervorgehoben, die in engem Zusammenhang mit der moralischen und juristischen Verantwortlichkeit des neuen Arztes steht. KERNBACH (Jassy)

W. Röthig: Nil nocere!: Herzverletzung bei Sternalpunktion. Bericht über einen Fall von tödlichem Hämoperikard. [Path. Inst., Bergarbeiter-Krankenh., Stollberg.] Münch. med. Wschr. 107, 2429—2430 u. 2435—2436 (1965).

Da es bei der Sternalpunktion trotz aller Vorsicht, wenn auch selten, zu einer Sternalperforation mit Durchstechen in die rechte Herzkammer kommen kann, wird die Knochenmarkentnahme aus dem Beckenkamm empfohlen. Bericht über einen Fall (8jähriger Knabe mit akuter Lymphadenose), bei dem es bei der Sternalpunktion infolge Durchstechens in die rechte Herzkammer zu einer Herztamponade kam. H. SCHIECK (Dresden)^{oo}

A. Morandi: Le piaghe da decubito obbligato. Considerazioni medico-sociali. [Ist. Med. Legale e Assicuraz., Univ., Pisa.] G. Med. leg. Infortun. Tossicol. 21, 446—460 (1965).

John S. MacKay und Roderick C. Ross: Hepatoma induced by thorium dioxide (Thorotrast). [Dept. Path., St. Michael's Hosp., Toronto.] Canad. med. Ass. J. 94, 1298—1303 (1966).

Anästhesie-Sterblichkeit. Bundesgesundheitsblatt 9, 110 (1966).

In der Todesursachen-Statistik der Bundesrepublik wird gewöhnlich nur eine Todesursache gezählt; Sterbefälle im Zusammenhang mit der Anaesthesie werden meist primär dem jeweiligen Grundleiden zugeordnet. Daher stehen in Deutschland keine allgemeingültigen Unterlagen über die Statistik der Anaesthesie-Todesfälle zur Verfügung. Es wird deshalb über den statistischen Beitrag eines großen Krankenhauses in Massachusetts berichtet [vgl. J. Amer. med. Ass. 194 (1965)]. In den Jahren 1955—1964 wurden insgesamt 114866 Anaesthesien durchgeführt, davon 69921 bei chirurgischen Eingriffen und 45575 bei Entbindungen. Bei den chirurgischen Eingriffen traten 1027 Todesfälle auf, an ihnen war die Anaesthesie in 6,2% allein oder mitwirkend ursächlich beteiligt. 22 Todesfälle waren primäre Anaesthesie-Todesfälle (1:3145). Die Ergebnisse werden noch weiter auf die einzelnen Anaesthesie-Formen aufgeschlüsselt. Von der Gesamtzahl der im Zusammenhang mit der Operation verstorbenen Patienten hatten sich 28,1% in körperlich nur mäßig beeinträchtigten Zustand befunden. Bei ihnen war die Anaesthesie in 15 Fällen (51,9 v. T.) ursächlich beteiligt. — Unter den 45575 Anaesthesien bei Entbindungen

trat jedoch kein Todesfall ein. Aufgrund der vorliegenden statistischen Untersuchung wird die Forderung erhoben, alle Sterbefälle, die in unmittelbarem Zusammenhang mit ärztlichen Eingriffen vorkommen, statistisch gesondert auszuweisen.

W. JANSSEN (Heidelberg)

M. D. Rothsuh: Der Zauberdoktor in Afrika (aus der Sicht des Missionsarztes). Hippokrates (Stuttg.) 37, 29—32 (1966).

Verf. berichtet über die Situation des Standes der „Krankenbehandler“ und deren Methoden in Südrhodesien.

SPANN (München)

Max Kohlhaas: Ist die Einwilligung geistig beeinträchtigter Personen in Heileingriffe möglich oder ersetzbar? Dtsch. med. Wschr. 91, 323—325 (1966).

Bei geistig Gestörten, sofern sie nicht entmündigt sind, kommt es für die Einwilligung zu ärztlichen Eingriffen auf die partielle Verstandesreife an. Je dringender und eiliger der Eingriff ist, desto eher darf über einen entgegenstehenden Willen hinweggegangen werden. Es besteht für den Arzt auch eine Hilfeleistungspflicht nach § 330c StGB. Schwere, schnell beginnende Erkrankungen gelten als Unfall. Verf. warnt dringend davor, nach Bestellung eines Pflegers von diesem eine Generalermächtigung anzunehmen. Die Pflegschaft kann bekanntlich nur mit Einwilligung des Patienten angeordnet werden. Verf. empfiehlt, wenn der Kranke sich störrisch zeigt, die Einschaltung einer Vertrauensperson, der Mutter, der Großmutter, eines Kriegskameraden usw.

B. MUELLER (Heidelberg)

L. Roche: Secret professionnel et expertise de dommage corporel. (Schweigepflicht und Gutachten über körperliche Schäden.) Bull. Méd. lég. 9, 69—75 (1966).

Mit einem Hinweis auf die Zunahme der Verkehrsunfälle und damit verbunden auch der zu leistenden Schadenersatzsummen behandelt der Verf. das Problem der Erstattung von Gutachten über körperliche Schäden und der daraus resultierenden Konfrontierung des Arztes mit der Schweigepflicht. Er unterstreicht die Notwendigkeit, die Schweigepflicht zu bewahren, um einen Bruch des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient zu vermeiden, welcher tiefgreifende ethische und berufliche Folgen für die Ärzteschaft mit sich bringen würde. Die wichtigsten Regeln, die der behandelnde Arzt im Rahmen der Gutachtenerstattung bei Verkehrsunfällen zu beachten hat, sind nach Ansicht des Verf.: Seinem Patienten nach Möglichkeit mit den notwendigen medizinischen Attesten zu rechtem Schadenersatz zu verhelfen, nichts einem Dritten (etwa der Versicherungsgesellschaft) zu überlassen, was dem Patienten schaden könnte. Nach Darstellung der diesbezüglichen Situation in den Krankenhäusern, wo die ärztlichen Aufzeichnungen vielen Hilfskräften und Nichtärzten leicht zugänglich und die Gefahr einer nicht zu rechtfertigenden Offenbarung größer ist, wird die Frage erörtert, ob der Krankenhausarzt eventuell einer Versicherungsgesellschaft die ärztlichen Aufzeichnungen aushändigen darf, um so die Zeit für die oft langwierige Ausstellung eines Gutachtens zu sparen. Der Verf. ist der Ansicht, daß dies unter den Bedingungen, daß der Patient eine schriftliche Ermächtigung dazu gibt und die Aufzeichnungen keine vertraulichen Elemente enthalten, deren Bekanntwerden dem Patienten schaden könnte, geschehen kann. Der Verf. betont, daß der durch die Schweigepflicht entstandene Zwang die Schwierigkeiten der Expertise im Falle von Schadenersatzanträgen vergrößert, aber nur in seltenen Fällen die Möglichkeit der ungerechtfertigten Ablehnung mit sich bringt. In diesem Zusammenhang werden die Vorschläge einiger Juristen erwähnt, die darauf abzielen, die Schweigepflicht der Ärzte innerhalb von Schadenersatzprozessen aufzuheben. Der Verf. vertritt jedoch die Ansicht, daß das Problem durch gute Qualität derjenigen Ärzte, die die Aufgabe haben, körperliche Schäden abzuschätzen, gelöst werden kann.

ARBAB-ZADEH (Düsseldorf)

Claus Müller: Weitergabe amtsärztlicher Gutachten an den Dienstherrn. Ein Beitrag zur Schweigepflicht des Amtsarztes. Neue jur. Wschr. 19, 1152—1154 (1966).

Das von Verf. besprochene Thema (von Beruf Referendar in Hamburg) ist im Schrifttum schon recht häufig abgehandelt worden. Wenn eine Behörde durch einen Amtsarzt oder ein Betrieb durch den Betriebsarzt eine Untersuchung veranlaßt, so ist Geheimnisherr die Behörde oder der Betrieb. Der Arzt kann und muß die Ergebnisse an denjenigen weitergeben, der die Untersuchung veranlaßt hat. Liegen aber in einem Gesundheitsamt zufällig Befunde über eine Person vor, die auf Tauglichkeit für eine Stellung untersucht werden soll, so dürfen diese Befunde an die Behörde nur mit Zustimmung des Betroffenen weitergegeben werden, andernfalls ist

eine erneute Untersuchung erforderlich. Als rechtmäßige Durchbrechung der Schweigepflicht (höhere sittliche Pflicht) sind anerkannt worden die Meldung eines epileptischen Kraftfahrers an die Gesundheitsbehörde im Interesse der Sicherheit des Straßenverkehrs, die Offenbarung der ärztlichen Feststellungen bei Verfolgung des eigenen Honoraranspruches, die Offenbarung der ärztlichen Feststellungen zur Verteidigung gegen die Anschuldigung, einen Kunstfehler begangen zu haben, die Offenbarung von ärztlichen Feststellungen zur Verhinderung von Ehen mit Süchtigen, die Offenbarung des Befundes bei Anzeige gegen den Vater einer Schwangeren, der diese vergewaltigt hatte. Ladung als Sachverständiger allein ist kein Grund, die vorliegenden Befunde ohne Zustimmung des Patienten mitzuteilen.

B. MUELLER (Heidelberg)

Paul Eckel: Die EWG-Verträge und die Niederlassungsfreiheit der praktischen Ärzte. Hippokrates (Stuttg.) 37, 26—29 (1966).

Verf. bespricht nach einer allgemeinen Einleitung die Frage, welche Bestimmungen des Vertrages den Arzt betreffen. Die Niederlassung in den 6 Staaten soll liberalisiert werden. Die noch bestehenden Beschränkungen sollen schrittweise aufgehoben werden. Die Problematik auf dem Gebiet des Facharztwesens wird aufgezeigt.

SPANN (München)

Robert Schmelcher: Facharztanerkennung auf Grund Gerichtsurteils. Dtsch. med. Wschr. 91, 559—561 (1966).

Ein Arzt leitete die Tuberkuloseabteilung einer Medizinischen Universitätsklinik. Diese Abteilung hatte nur 56 Betten, das Krankengut setzte sich aus internistischen Tuberkulosen und frisch Operierten zusammen; es war vielseitig. Der Arzt beehrte von der zuständigen Ärztekammer (Berlin) die Anerkennung als Facharzt für Tuberkulose; sie wurde ihm verweigert mit Rücksicht darauf, daß die Abteilung zu klein sei. Der Arzt klagte beim Verwaltungsgericht, das Gericht stellte fest, es sei nirgends fixiert, wie hoch die Bettenzahl sein müsse, es wurde betont, daß das Material vielseitig sei und ein häufiger Wechsel von Kranken statfinde. Die Ärztekammer wurde verpflichtet, die Facharztanerkennung zu erteilen; auch das Landesverwaltungsgericht entschied im gleichen Sinne.

B. MUELLER (Heidelberg)

Paul Bockelmann: Das Ende des Heilpraktikergesetzes. Neue jur. Wschr. 19, 1145 bis 1152 (1966).

Nach den Ausführungen von Verf. (Ordinarius für Strafrecht in München) ist das Heilpraktikergesetz durch die Rechtsprechung, die sich zum Teil auf die Bestimmungen des Grundgesetzes stützt, fast bis zur Ungültigkeit durchlöchert worden. Dies gilt allerdings nicht für die Zahnheilkunde. Dem Kosmetiker ist das Recht zugesprochen worden, Leberflecken und Warzen zu entfernen. Ein Wunderdoktor, der behauptet, er könne Menschen durch geheimnisvolle Manipulationen heilen und die Betrugsabsicht zugibt, wird nur wegen Betruges und nicht wegen Verstoßes gegen das Heilpraktikergesetz verurteilt. Zwischen der Tätigkeit von medizinischen Hilfspersonen (Masseure, Bademeister, Logopäden, Diätassistentinnen und medizinisch-technischen Röntgenassistentinnen) einerseits und der des Arztes bestehen flüssige Übergänge. Dies gilt auch für die Tätigkeit einer Schwester, die intravenös Injektionen verabreicht. Nach der gegenwärtigen Fassung der Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz braucht der Anwärter nicht mehr eine abgeschlossene Volksschulbildung nachzuweisen (§ 2 Abs. 1 d der ersten DVO). Die Ausübung der Heilkunde darf ihm nur verweigert werden, wenn dies eine Gefahr für die Volksgesundheit bedeuten würde. Die vorgeschriebene Überprüfung ist in möglichst einfacher Form vorzunehmen, sie darf keine ausgesprochene Fachprüfung sein (s. „Der Arzt des Öffentlichen Gesundheitsdienstes“ 1963, S. 128f). Allerdings muß der Anwärter ausreichende Kenntnis über die Seuchengesetze und die Vorschriften zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten nachweisen. Fast regelmäßig haben die Prüflinge der Heilpraktikerschule die Überprüfung mit Erfolg bestanden. Die Entwicklung geht immer mehr dahin, daß Untersuchungsmethoden und Eingriffe, die früher dem Arzt vorbehalten waren, auf nichtärztliche (vielleicht in der Praxis besser geschulte; Ref.) Hilfskräfte übergehen. Verf. weist daraufhin, daß es auch in der Justiz erforderlich ist, Entscheidungen, die früher Richtern vorbehalten waren, nicht-akademischen, natürlich entsprechend vorgeschulten Kräften zu übertragen.

B. MUELLER

Pirkel: Arzt und soziale Sicherheit. [Bayer. Staatsminist. f. Arbeit u. Soz. Fürsorge, München.] Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg. 1, 81—85 (1966).