

**P. E. Hivert et S. Schaub: Dépistage à l'entrée en prison, premier temps du traitement criminologique.** [Soc. Méd. Lég. et Criminol. de Fr., 13. VI. 1966.] Ann. Méd. lég. 46, 363—364 (1966).

**K. Händel: Krankenhausdienst als Bewährungsaufgabe.** Med. Klin. 62, 572—575 (1967).

Da eine Strafaussetzung zur Bewährung nach Auffassung des Verf. oft nicht die durch eine Bestrafung beabsichtigte erzieherische und vorbeugende Wirkung hat, befürwortet er die mit dem § 24, Absatz 1, Nr. 2 StGB gegebene Möglichkeit, die Auflage, während der Bewährungsfrist Krankenhausdienst zu leisten. — In besonderem Maße scheint Verf. diese Weisung bei Ersätttern zu befürworten, welche wegen Fahrens unter Alkoholeinwirkung oder anderer Vergehen direkt verurteilt wurden, da hier in besonderem Maße der innere Zusammenhang zwischen Auflage und Sühne, Wiedergutmachung oder erzieherischer Einwirkung gegeben scheint. Bei den meisten anderen Straftaten, insbesondere Diebstahl, Betrug u. ä., sieht der Verf. eine solche Auflage schon allein auf Grund der Eigenart des Krankenhausdienstes und der dort gebotenen Gelegenheiten, erneut straffällig zu werden, als ungeeignet an. — Es werden weitere Gesichtspunkte erörtert, die bei einer solchen Auflage zu beachten sind: Es soll kein direkter Pflegeeinsatz erfolgen (Schweigepflicht, mangelnde Vorbildung, Infektionsgefahr etc.). Es soll keine besonders ekelrege oder schmutzige Arbeit verrichtet werden. Nur geistig und körperlich arbeitsfähige Personen sollen überhaupt solche Auflagen erhalten. Es muß von Seiten des Gerichts eine genaue Abstimmung mit den Bedürfnissen in Frage kommender Krankenhäuser sowie auch mit den Verhältnissen der Verurteilten erfolgen (keine Dauerbeschäftigung, genaue Bezeichnung von Zeitpunkt und Dauer des Einsatzes). — Bei Begutachtung dieser Gesichtspunkte sollte nach Ansicht des Verf. die gerichtliche Bewährungsaufgabe, im Krankenhaus in bestimmter Weise Arbeiten zu verrichten, sich günstig auswirken. **ARABAB-ZADEH** (Düsseldorf)

**Konrad Händel: Krankenhausarbeit als Bewährungsaufgabe.** Blutalkohol 4, 18—25 (1967).

### Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

**Fritz L. Rueff: Wundversorgung nach Verletzungen und Tetanusprophylaxe.** [Chir. Univ.-Klin., München.] Münch. med. Wschr. 109, 669—671 (1967).

Zwei kasuistische Mitteilungen: 1. Ein 64jähriger Landwirt zog sich durch Sturz eine blutende Rißplatzwunde am Hinterkopf zu. Der Hausarzt streute Leucomycinpuder in die Wunde und verschloß sie mit vier Klammern. Der Verletzte hatte ein Jahr vorher eine Injektion von TAT erhalten, er lehnte eine neue Injektion ab. Es war auch nicht bekannt, welches Serum damals benutzt worden war. 7 Tage später Wundschmerzen, Entfernung der Klammern; es lief Eiter ab. Am 8. Tage nach der Verletzung Schluckbeschwerden und Steifigkeit am Hals, 2 Wochen später im Krankenhaus Tod an Tetanus. Die Klinik stellte sich auf den Standpunkt, daß der primäre Verschluß der Wunde ohne vorherige Excision von den üblichen ärztlichen Vorgehen abweiche. Eine aktive Immunisierung hätte keinen ausreichenden Schutz dargeboten. Daß der Arzt unter den gegebenen Umständen, insbesondere angesichts der Weigerung des Pat., von einer Gabe von TAT absah, konnte als fahrlässig *nicht* angesehen werden. 2. Bißverletzung am Unterarm durch Schäferhund. Excision, Wundnaht, Schienerverband, Verabreichung von TAT. 4 Tage nach der Verletzung Phlegmone am Unterarm, Abfluß von Eiter. Es blieben kosmetisch stark störende Narben zurück. Der Gutachter stellte sich auf den Standpunkt, daß die Excision fehlerhaft gewesen sei. Bißwunden, die in die Tiefe gehen, soll man primär nicht schließen. Da aber die Verletzte aus kosmetischen Gründen einen Verschluß der Wunde verlangt hatte, kann man dem Arzt nach Meinung des Gutachters Fahrlässigkeit nicht nachsagen.

**B. MUELLER** (Heidelberg)

**R. F. Kuhn und F. Regli: Die Schädigung des N. glutaeus cranialis durch intraglutiäale Injektionen.** [Neurol. Univ.-Klin. u. -poliklin., Kantonsspital, Zürich.] Schweiz. med. Wschr. 95, 520—524 (1965).

Kasuistische Mitteilung über sieben Kranke mit einer Schädigung des N. glutaeus cranialis durch intraglutiäale Injektion. Diese an sich seltene Injektionsschädigung wird als normales Risiko des Pat. bei einer intraglutiäalen Injektion angesehen und nicht als haftpflichtig erachtet. Zur Vermeidung wird die von HOCHSTETTER angegebene ungefährliche ventrolaterale Injektionstechnik empfohlen.

**G. HARRER** (Salzburg)<sup>99</sup>

**Gunther Arzt: Einwilligung zur Heilbehandlung untergebrachter Kranker?** Neue jur. Wschr. 20, 668—671 (1967).

Gegenstand der Erörterungen ist ein Urteil des BGH vom 10.5.66, gewissermaßen ein neues „Elektroschock-Urteil“. — Gerügt wurde durch die Vorinstanz, „daß die Ärzte ohne Einholung der Einwilligung der Patientin voreilig ohne Vornahme gründlicher Untersuchungen und ohne durch das äußere Krankheitsbild dazu gezwungen zu sein, unter dem Einfluß außenstehender Personen die körperliche Integrität der Klägerin durch acht Elektroschockverfahren verletzt haben“. Der Eingriff sei durch den Unterbringungsbeschuß fraglos nicht gerechtfertigt. In diesem Zusammenhang werden auch die verschiedenen nicht einheitlichen Unterbringungsgesetze der Länder erörtert. Verf. kommt zu dem Schluß, daß wohl überwiegend der Unterbringungsbeschuß mit der Freiheitsentziehung die medizinisch indizierte Behandlung gestattet, auch dort, wo die Frage gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt ist. Eingeschränkt wird diese Feststellung dann, wenn es sich um riskante Eingriffe, z.B. Elektroschock, handelt. Grundsätzlich wäre dann die Einwilligung des untergebrachten Pat. zu fordern. Angegriffen wird hierzu die neueste Stellungnahme des BGH, „befindet sich der Pat. in einem lebensbedrohlichen Zustand, so daß es unmöglich ist, rechtzeitig die Einwilligung herbeizuführen oder durch Rücksprache mit den Angehörigen den wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Pat. klarzustellen, so kann ein ärztlicher Eingriff allerdings auch ohne diese Voraussetzungen gerechtfertigt und geboten sein“. — Der BGH läßt dann offen, ob die Elektroschockbehandlung dem mutmaßlichen Willen der Pat. entsprochen hatte, und sieht die Rechtswidrigkeit des Eingriffes und das Verschulden der Ärzte darin, daß sie keine Erkundigungen bei den Angehörigen eingezogen hatten, obwohl ein lebensbedrohlicher Zustand nicht vorgelegen hatte, also dazu Zeit gewesen wäre. Die Kritik richtet sich gegen die Vordergründigkeit des mutmaßlichen Willens der Pat. Verf. weist nämlich darauf hin, daß der BGH Ärzte zu Schadenersatz verurteilt hat, die der eindeutig erklärten Weigerung der Pat. nachgegeben und medizinisch indizierte Eingriffe unterlassen hatten, „weil Schockwirkungen, Angstgefühl und unsachliche Empfindungen im Augenblick der Verweigerung der Einwilligung so stark sind, daß der Kranke nur rein instinktiv handelt“. — In seinem neuen Urteil stellt der BGH dagegen auf den mutmaßlichen Willen des Pat. ab; gleichzeitig ist die Tendenz, den Angehörigen mehr Rechte einzuräumen, unverkennbar. Bei kurzfristiger Willensunfähigkeit mag dies richtig sein, bei längerfristiger kann die Meinungsäußerung von Angehörigen aber nicht mehr als nur ein Indiz sein. Wollte man den Ärzten das Recht absprechen, sich zu der Meinung der Angehörigen in Widerspruch zu setzen, so liefe das auf ein Vertretungsrecht von Angehörigen in Eilfällen hinaus. Eine solche Annahme stehe auch mit der gesetzlichen Regelung des Personensorgerichtes in Widerspruch. Hinzu kämen zahlreiche praktische Fragen, wie etwa die Reihenfolge der zu hörenden Verwandten, widersprüchliche Auffassungen mehrerer Angehöriger usw. — Nach Ansicht des Verf. hätte der BGH statt einer neuen Auffassung zur mutmaßlichen Einwilligung zu entwickeln, im vorliegenden Fall der Patientin durch Erleichterung der Beweisführung helfen müssen.

W. JANSSEN (Heidelberg)

**Max Kohlhaas: Arzt und Pflegepersonal bei Gestellung von Verbrechern.** Dtsch. med. Wschr. 92, 769—771 (1967).

Kein Staatsbürger, schon gar nicht der Arzt, ist verpflichtet, strafbare Handlungen anzuzeigen oder bei der Sistierung von Rechtsbrechern behilflich zu sein. Wenn ein Arzt einem Pat., der der Polizei überliefert werden soll, die Kleider fortnimmt, um eine Flucht zu verhindern, so könnte dies als Freiheitsberaubung angesehen werden, auch wenn dies eine Schwester oder ein Krankenpfleger tun. Ob der Arzt oder das medizinische Hilfspersonal der Polizei insofern helfen wollen, als sie — sei es gefragt oder ungefragt — Angaben über den Aufenthalt des Rechtsbrechers machen, bleibt ihnen überlassen. Vorschriften nach dieser Richtung hin gibt es nicht.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Max Kohlhaas: Rotes Kreuz und Schweigerecht?** Neue jur. Wschr. 20, 666—668 (1967).

Für das Rote Kreuz treten die Probleme der Schweigepflicht in zwei Formen in Erscheinung, einmal hinsichtlich der Krankenfahrer und zum anderen hinsichtlich der Suchdienste. Der Krankenfahrer wird, sofern er Kranke transportiert, unmittelbar zum berufsmäßigen Gehilfen des Arztes im Sinne des § 300 StGB wie auch zu den Gehilfen des Arztes in dessen beruflicher Tätigkeit im Sinne des § 53a StPO. Hinsichtlich des Suchdienstes kommt der Verf. zu der Meinung, daß verhindert werden müsse, daß eine Stelle, die aus dem sozialen und karitativen internationalen Dasein nicht mehr ausgeklammert werden kann, stärkeren Ausforschungs-

zwängen unterliegt, als etwa die Verwaltung eines Krankenhauses. Geschehen kann dies nur in der Form, daß die mit der Strafverfolgung betrauten Organe sich nicht auf die formalen Zeugnis- und Herausgabebegehren versteifen, sondern vor den Schranken ungeschriebener selbst gezogener Beweisverbote haltmachen. Einzelheiten sind im Original nachzulesen. W. SPANN

**Paul Bockelmann: Schweigepflicht und Schweigerecht des Arztes.** Zur Problematik der juristischen Beurteilung medizinischer Sachfragen. *Münch. med. Wschr.* 109, 365—376 (1967)

Der Arzt kann nur dann heilen und helfen, wenn der Pat. ihm vertraut. Das setzt voraus, daß der Arzt verschwiegen ist. Geschütztes Geheimnis ist alles, was der Arzt anlässlich seiner ärztlichen Bemühung um den Patienten in Erfahrung bringt, es sei denn, daß es schon allgemein bekannt ist oder daß der Pat. die Geheimhaltung gar nicht will. Die Schweigepflicht besteht, ob der Pat. das Geheimnis dem Arzt anvertraut hat oder ob es der Arzt selbst ermittelt hat. Die Schweigepflicht überdauert den Tod des Pat. Ihr unterliegt auch das Hilfspersonal des Arztes. Die Schweigepflicht entfällt, wenn und soweit der Pat. den Arzt von der Pflicht zur Verschwiegenheit entbindet. Eine Offenbarung des Geheimnisses ist gerechtfertigt, wenn sie zur Wahrung eines überwiegenden Interesses oder zur Wahrnehmung dringender eigener Interessen des Arztes unerlässlich ist. Doch wo es zur Schonung des Pat. nötig ist, darf der Arzt die Diagnose verschweigen. Soweit der Arzt Melde- und Anzeigepflichten hat, ist er zur Offenbarung des Patientengeheimnisses verpflichtet. Bei Gesundheitsmängeln, die die Fahrtauglichkeit beeinträchtigen, bestehen derartige Pflichten und Rechte nicht. W. SPANN (Freiburg i. Br.)

**H. J. von Brandis: Zur ärztlichen Schweigepflicht bei Auskünften an Versicherungsgesellschaften.** [30. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk. Vers.-, Versorg.- u. Verkehrsmed. E. V., Frankfurt, 23.—25. V. 1966.] *Hefte Unfallheilk. H.* 91, 299—305 (1967).

Die Arbeit bringt praktische Vorschläge für die routinemäßige Abwicklung der heute häufig vom Arzt verlangten Auskunft durch Versicherungsgesellschaften. Der Unterschied zwischen der privaten Krankenversicherung und der Lebensversicherung einerseits und der privaten Haftpflichtversicherung andererseits, bei der in der Regel zwischen der Versicherungsgesellschaft und dem Patienten keinerlei vertragliche Beziehungen bestehen, wird hervorgehoben. Obwohl es zu den ärztlichen Pflichten gehört, nach Eingang einer Anfrage die Situation hinsichtlich der ärztlichen Schweigepflicht zu prüfen, kommt es auch bei Verstoß gegen diese Pflicht in der Praxis in der Regel nicht zu Rechtsfolgen. W. SPANN (Freiburg i. Br.)

**W. Spann und E. Liebhardt: Rechtliche Probleme bei der Organtransplantation.** [Inst. f. gerichtl. Med. u. Versicherungsmed., Univ., München u. Inst. f. gerichtl. Med. u. Versicherungsmed., Univ., Freiburg/Br.] *Münch. med. Wschr.* 109, 672—675 (1967).

Trotz nur zögernder Fortschritte in der klinischen Anwendung hat die Organtransplantation, besonders seit der letzten Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, ganz außerordentlich an Bedeutung gewonnen. — Von den Verff. wird dazu in dankenswerter Weise der Status prässens der medizinisch-rechtlichen Seite aufgezeigt. Eine rechtliche Regelung über die Zulässigkeit der Entnahme von Organen existiert bislang in Deutschland noch nicht; einschlägige Urteile zivilrechtlicher oder strafrechtlicher Art liegen ebenfalls nicht vor. Nach der Ausgangssituation ist grundsätzlich zwischen Entnahmen bei Toten oder bei Lebenden zu unterscheiden. Die eingehenden Erörterungen strafrechtlicher Aspekte zur Organentnahme bei Leichen, die vielfach mit dem alten Problem der Sektion ohne besondere Einwilligung verflochten sind, gipfeln in der Feststellung, daß eine Organentnahme auch ohne Erlaubnis der Angehörigen unter dem Rechtfertigungsgrund des „übergesetzlichen Notstandes“ möglich ist; dabei bleibt noch umstritten, ob die Gewebeentnahme von Leichen überhaupt ein rechtlich relevanter Tatbestand ist. Zivilrechtlich wären vielleicht Schwierigkeiten möglich, wenn erbrechtliche Regeln zur Anwendung kämen. — Beim Lebenden ist die Organentnahme mit dessen Einwilligung ohne nachteilige straf- und zivilrechtliche Konsequenzen möglich. Allerdings sind dabei an die der Einwilligung des Patienten vorausgehenden Aufklärung allerhöchste Ansprüche, ähnlich wie bei den kosmetischen Operationen, zu stellen. Es ist aber auch noch zu beachten, daß bei einem Todesfall nach Organentnahme dem Arzt möglicherweise eine Tötung zur Last gelegt werden kann, wobei er durch die vorher abgegebene Einwilligung zur Operation durch den Patienten — nämlich wie bei dem Tatbestand des § 216 StGB (Tötung auf Verlangen) — u. U. nicht gedeckt ist. Besonders aktuell ist die Problematik der Organentnahme bei Bewußtlosen. Hier kann die Einwilligung des Willensunfähigen durch niemanden ersetzt werden, bei Kindern auch nicht durch den gesetzlichen Vertreter, da die Entnahme von Organteilen zum Zweck der Transplantation nicht im Interesse des

Spenders, sondern ausschließlich im Interesse des Empfängers liegt. Nach der Rechtsprechung und nach der übereinstimmenden Meinung der juristischen Literatur stellt sich jeder Eingriff zur Entnahme von Organen oder Organteilen zu Lebzeiten des bewußtlosen Patienten immer als Körperverletzung dar, und wenn das Leben eines selbst moribunden Patienten dadurch verkürzt wird, sogar als Tötungsdelikt. Nach der derzeitigen Rechtsprechung muß also, wenn keine Einwilligung des Patienten selbst vorliegt, mit der Entnahme von Organen bis zum sicheren Eintritt seines Todes gewartet werden. In der Praxis entstehen nun dadurch besondere Schwierigkeiten, daß auch bei tödlich Verletzten durch Anwendung der Reanimation der Kreislauf nur noch künstlich in Gang gehalten wird, um die Chancen einer Transplantation zu erhöhen. Nach der derzeit geltenden Auffassung würde also — weil Atmung und Kreislauf noch nicht sistieren — die Organentnahme an einem noch nicht Verstorbenen durchgeführt werden. — Mit Recht wird hier von den Verff. darauf hingewiesen, daß die klassische Definition des Todes nicht mehr der jüngeren Entwicklung der Medizin entspricht und daß es unumgänglich notwendig geworden ist, zum Schutze der Ärzte, aber auch der Patienten, neue Kriterien zu bestimmen, unter denen der eingetretene Tod eines in Reanimation befindlichen sicher festgestellt werden kann

W. JANSSEN (Heidelberg)

**B. Mazzucchelli: L'uomo, il cittadino ed il medico di fronte ai problemi dell'eutanasia.** [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Urbino.] G. Med. leg. Infortun. Tossicol. 13, 1—13 (1967).

### Spuren nachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

- **Göran Rybo: Clinical and experimental studies on menstrual blood loss.** — Menstrual blood loss in relation to parity and menstrual pattern. (Acta obstet. gynec. scand. Vol. 45, Suppl. 7.) Göteborg 1966. 45 S., 4 Abb. u. 11 Tab. skr. 40.—

Der Blutverlust bei der Menstruation wurde nach einer von HALLBERG und NILSSON angegebenen Methode bestimmt, indem das Hämoglobin als alkalisches Hämatin mit NaOH aus Binden und Tampons extrahiert wurde. Die Menge des verlorenen Blutes wurde in ml aus der Hämoglobinkonzentration (bestimmt als Cyanmethämoglobin) des venösen Blutes berechnet. Es wurden 476 Frauen untersucht (15, 23, 40, 45 und 50 Jahre alt). Als Mittelwert für die Blutmenge per Menstruation wurde 43,4 ml ermittelt, wobei die obere Normalgrenze bei 60—80 ml liegt. Größere Mengen sind als pathologisch anzusehen. 15jährige Mädchen verlieren eine geringere Blutmenge als 50jährige Frauen. Bei der Untersuchung von 18 monozygoten und 24 dizygoten Zwillingen zeigte sich, daß die Blutmenge von erblichen Faktoren beeinflußt wird. Bei Patienten mit einer Menorrhagie wurde im Endometrium eine hohe Konzentration des Plasminogen-Faktors nachgewiesen. Es ist möglich, daß dieser Enzymfaktor die Ursache der erblichen Eigenart ist. — Geburten haben eine Bedeutung für Variationen der Blutmenge bei der Menstruation. — Die fibrinolytische Aktivität des Endometriums variiert in den verschiedenen Phasen des Menstruationszyklus und ist in der sekretorischen Phase größer als in der proliferativen. Die Konzentration des Plasminogen-Aktivators im Endometrium ist am ersten Tage der Menstruation am höchsten. In manchen Fällen von Menorrhagie scheint ein erhöhter Gehalt an Plasminogen-Aktivator im Endometrium eine ursächliche Bedeutung zu haben. Eine erhöhte fibrinolytische Aktivität im Endometrium konnte in derartigen Fällen nicht nachgewiesen werden. Bezuglich der Länge der Perioden zwischen den Menstruationen und dem Blutverlust konnte nur ein Zusammenhang mit der Dauer der Menstruation festgestellt werden. — Die Arbeit stellt die Zusammenfassung von noch nicht publizierten Originalarbeiten dar, der ein Aufsatz „Menstrual blood loss in relation to parity and menstrual pattern“ angeschlossen wird. Hier wird festgestellt, daß 23jährige Nullipara einen signifikant geringeren Blutverlust bei ihren Menstruationen haben als solche Frauen gleichen Alters, die geboren haben. Der Blutverlust steigt nach dieser Untersuchung mit der Länge der Periode.

G. E. VOIGT (Lund)

- **F. Schleyer: Leitfaden der gerichtlich-medizinischen Blutspuren-Untersuchung.** (Arbeitsmethoden d. med. u. naturwiss. Kriminalistik. Hrsg.: EMIL WEINIG u. STEFFEN BERG. Bd. 4.) Lübeck: Max Schmidt-Römhild 1966. 123 S., 30 Abb. u. 19 Tab. DM 38.—

Der vorliegende Leitfaden der gerichtlich-medizinischen Blutspuren-Untersuchung füllt zweifellos eine Lücke, da, wie der Verfasser selbst betont, seit Jahrzehnten in der deutschen