

gefallen sei. Aus dem kriminaltechnischen Untersuchungen von Verf. ergab sich jedoch, daß die Verklemmung zwischen Nagel und Ehering erst während des Fallens erfolgt sein konnte; zuerst war der Fensterstock heruntergefallen, dann die Ehefrau, sie hatte während des Fallens den gleichfalls fallenden Fensterstock überholt. Der Ehemann gestand schließlich, seine Frau aus dem Fenster gestoßen zu haben, hätte er sich bei der Schilderung des Unfalles nicht darauf versteift, daß seine Frau mit dem Ehering an einem Nagel hängengeblieben sei, so hätte man seine Darstellung über den angeblichen Unfall wohl entgegengenommen. B. MUELLER (Heidelberg)

**Hans von Hentig: Der modus operandi beim Verwandtenmord.** Arch. Kriminol. 139, 131—143 (1967).

Der Beitrag von HENTIG ist eine Studie zu den Problemen der Victimologie des Mordes. Die Täter-Opfer-Beziehungen werden aus der Sicht des gleichen Lebenskreises und der räumlichen sowie soziologischen Nähe beider interpretiert. Schutzfunktion der Familie, aber auch Reibungsflächen durch enge soziale Verbindungen werden beispielhaft erläutert. Die Überführung der Täter bereitet Schwierigkeiten, weil das Milieu der Familienbeziehungen oftmals eine glaubhafte Kaschierung strafrechtlich beweisbarer Tatsachen möglich macht. Trotz dieses Umstandes werden beachtliche Gesichtspunkte für die kriminalistische Bearbeitung des Verwandtenmordes mitgeteilt. Dabei wird kriminalpsychologischen Überlegungen breiter Raum gewidmet.

VETTERLEIN (Jena)

**W. Becker: Der Triebverbrecher in der heutigen Gesellschaft.** Med. Klin. 62, 1522—1525 (1967).

Verf. hebt hervor, daß nicht jeder Sittlichkeitsverbrecher als „Triebtäter“ bezeichnet werden könne; von Triebverbrechen kann nur bei einer krankhaften Persönlichkeitsentwicklung gesprochen werden, die zu immer neuen Sittlichkeitsdelikten führt. Er spricht sich gegen eine Destruktion der Rechtsordnung durch eine immer weitere Aufweichung des Begriffs der Verantwortung aus. Im Zusammenhang mit der Anführung der Statistik der Sittlichkeitsdelikte weist Verf. auf die sicher sehr erhebliche Dunkelziffer der Sittlichkeitsdelikte (die Zahl der nicht angezeigten Straftaten) hin. Wesentliche Bedeutung kommt der Prophylaxe durch Aufklärung der Eltern und Kinder zu. Hierbei ist den Eltern die Tatsache nahezubringen, daß zwei Drittel der Täter, die Sittlichkeitsverbrechen an oder mit Kindern begehen, aus dem Nahbereich des Opfers stammen und daß die Täter vorwiegend aus der Gruppe der 30- bis 50-jährigen kommen, während die über 60 Jahre alten Täter (12%) in geringerem Maße beteiligt sind als ihrem Anteil an der Bevölkerung entspricht. Auch die persönliche Hinwendung der Kinder zum Täter spielt eine große Rolle. Mit Recht fordert Verf. einen umfassenderen und besseren Schutz der Kinder als Zeugen; er macht dazu eine Reihe von Vorschlägen, die insbesondere eine Einschränkung der nach geltendem Recht erforderlichen häufigen Vernehmungen bewirken sollen. Schließlich wendet sich der Verf. der Behandlung der Triebverbrecher im Strafverfahren zu. Er empfiehlt die freiwillige Kastration auf Grund einer zu schaffenden bundeseinheitlichen Regelung. Für die Behandlung, Sozialisierung, Resozialisierung und Nachbehandlung der Triebverbrecher müssen Strafrechtspflege und Medizin neue Wege beschreiten, wobei der Strafrechtsreform besondere Aufgaben zukommen (psychotherapeutische Behandlung, Asylierung, Sicherungsverwahrung, nachfolgende Individualfürsorge).

K. HÄNDEL (Waldshut)

**Theodor Gössweiner-Saiko: Die wirtschaftskriminalistische Bedeutung des betrieblichen Rechnungswesens unter besonderer Berücksichtigung der buchhalterischen Fehlleistungen und der Automation.** Eine einführende Übersicht für die Praxis des Wirtschaftsstrafrechts. Arch. Kriminol. 140, 97—111 (1967).

**Arnold Suter: Ein außergewöhnlicher Serienbrandstifter.** [Stadtpolizei, Zürich.] Kriminalistik 22, 30—36 (1968).

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

- G. V. Guljaev: Expertise des Narkosetodes. Moskva 1966. 40 S. [Russisch.] R. —, 20

Der Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, dem Pathologen und Gerichtsarzt bei der Analyse von Todesfällen, bei denen die Narkose eine bestimmte Rolle spielt, mit diesem Buch eine Hilfe zu erweisen. Die Feststellung des Narkosetodes gehört zu den schwierigsten Gebieten der speziellen Begutachtung. Das Buch ist in zwei Hauptabschnitte aufgeteilt. Im 1. Abschnitt sind die für den Begutachter notwendigen Kenntnisse über die Narkose enthalten: Charakteristik der Anaesthe-

tica und der Narkosemethoden, Klinik der Narkose und häufigste Komplikationen in der Narkoseperiode. Im 2. Teil geht der Verf. auf die Begutachtung des Narkosetodes ein: Narkosetodesursache, pathologisch-anatomische Kennzeichen, Gutachten über Todesursache. Anhand konkreter Beispiele analysiert der Verf. Narkosetodesfälle, die durch Fehler in der Arbeit des Anaesthesisten bedingt waren. In der Zusammenfassung hebt der Verf. hervor, daß sowohl der Pathologe als auch der Gerichtsarzt nicht selten fehlerhafte Gutachten anfertigt, da er zu wenig mit den Grundlagen der modernen Anaesthesiologie vertraut ist und außerdem für den Narkosetod spezifische morphologische Kennzeichen fehlen. Dieses kleine Buch sollte ein nützlicher und wichtiger Ratgeber für den Pathologen und Gerichtsarzt bei der Analyse des Narkosetodes darstellen. Der Verf. hat zweifelsohne recht, wenn er bemerkt, daß die Begutachtung tödlicher Narkosezwischenfälle unbedingt unter Mitarbeit eines qualifizierten Anaesthesisten erfolgen sollte. Im Schrifttum sind 7 Arbeiten sowjetischer und 8 Arbeiten ausländischer Wissenschaftler enthalten. Gross

**András Potondi: Über den Pathomechanismus der mit der Tracheotomie verknüpften Blutung.** Orv. Hetil. 108, 1891—1894 u. dtsh. u. engl. Zus.fass. (1967) [Ungarisch].

Verf. unterscheidet die eine Tracheotomie komplizierenden Früh- und Spätblutungen. Die Frühblutung ist die Folge einer nicht ausreichenden Blutstillung während der Operation, die Spätblutung stammt aus einer Arrosionsverletzung der Arteria anonyma. Letztere wird durch die seitliche oder untere Partie der Anfangsstrecke der Kanüle verursacht, so, daß diese die die Trachea schräg kreuzende A. anonyma, eventuell die rechte A. carotis communis dekubitiert. Verf. differenziert die an einheitlicher Stelle, nach einem einheitlichen Mechanismus entstehende, dieselben Symptome verursachende und mit denselben Folgen einhergehende Blutung als das *Arrosionssyndrom*. (1891) (Autorenreferat)

**H. Klein: Zur Beurteilung von Zwischenfällen der Außenseiter-Therapie.** Nach einem Gutachten über einen Todesfall infolge Trockenzellbehandlung. [Inst. f. gerichtl. Med., Univ., Heidelberg.] Med. Welt, N.F. 18, 2627—2632 (1967).

Ein mehrfach verschiedenartig erkrankter und operierter 75jähriger Mann hatte schon vor über 10 Jahren eine Zelltherapie zur allgemeinen Revitalisation erhalten, aber keine große Wirkung gespürt. 1 Jahr danach hatte er einen schockartigen Zustand nach Penicillininjektion zur Behandlung eines Furunkels. In den letzten 3 Jahren Hypertonie. Nun verlangte er eine erneute Trockenzellbehandlung, die methodisch einwandfrei mit Sicca-Zellen von Placenta, Hoden, Frontalhirn und Nabelschnur innerhalb 20 Minuten gegeben wurde. 2 min nach der letzten Injektion brach er zusammen und starb 8 min später: Akute Schwellung der Lippen-, Mund- und Rachen Schleimhaut einschließlich des Zäpfchens, der Kehledeckel und der Kehlkopfschleimhaut mit asymmetrischer, fast vollständiger Verlegung des Kehlkopfingangs. Akute Lungenblähung, Herzhypertrophie von 580 g, Nierenschrumpfung. — Mikroskopisch homogene eiweißartige Massen ohne Zelleinlagerung in diesen Schwellungen. Die Immunelektrophorese gab das erwartete Bild, keine präzipitierenden Antikörper gegen Hammelserum. In den Sicca-Zellen bei Stärkegelelektrophorese auch kein unerwarteter Befund. Eserinempfindliche Esterasen zeigten, daß nach 20 min neben den Zellen beträchtliche Mengen differenter Proteine in der zu injizierenden Lösung sind. — Der Tod war also die Folge der Trockenzellbehandlung. Zwischen ihm und der über 10 Jahre vorausgegangenen Zellbehandlung (und auch der Penicillinreaktion) besteht ein medizinisch begründbarer, aber kausal nicht beweisbarer Zusammenhang. — Die Sorgfaltspflicht umfaßt (wie immer) auch ein zumutbares Wissen, das von Fall zu Fall objektiv geprüft werden kann und soll. Auf diesem Wissen beruht dann die Vorausschbarkeit. Diese scheint der Autor nicht zu bejahen, besonders weil ein so schnell tödlich verlaufender Fall in der Literatur noch nicht bekannt wurde. Über die bereits bekannt gewordenen Zwischenfälle wird berichtet: Der nächstliegende Vergleichsfall führte 33 Std nach der Injektion zum Tode. Die Häufigkeit der Zwischen- und Todesfälle liegt im Rahmen anderer, allerdings als nützlich anerkannter Medikamente. — Die Nutzlosigkeit der Trockenzellbehandlung ist schwer beweisbar. Ihr Nutzen wird nur von medizinischen Außenseitern anerkannt. Die Behandlung müsse demnach besonders kritisch beurteilt, könne jedoch nicht völlig abgelehnt werden. Wie die Juristen den Fall entscheiden, ist nicht erwähnt.

H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

**R. Zenker: Juristische Grenzen chirurgischer Tätigkeit.** Münch. med. Wschr. 109, 2334 (1967).

Es handelt sich um die Beantwortung einer Anfrage. Es gibt keine gesetzlichen Bestimmungen, die einen Chirurgen verhindern, Operationen auf sich zu nehmen, zu denen die technischen Einrichtungen seines Krankenhauses und die eigene Übung nicht ausreichen; in Notfällen wird er

Derartiges auf sich nehmen müssen, sonst dürfte er verpflichtet sein, den Kranken in ein anderes geeignetes Krankenhaus zu überweisen. Befolgt er diese Regeln nicht, so wäre zu prüfen, ob ihm im Einzelfall ein straf- oder zivilrechtliches Verschulden nachgewiesen werden kann.

B. MUELLER (Heidelberg)

**E. Trube-Becker: Ärztliche Schweigepflicht und Kindesmißhandlung.** [Inst. f. gerichtl. Med., Univ., Düsseldorf.] Med. Klin. 62, 1398—1400 (1967).

Einleitend werden von Verf. die großen Schwierigkeiten bei der Erkennung von Kindesmißhandlungen aufgezeigt. Besteht aber der dringende Verdacht oder werden Mißhandlungsspuren vom Arzt eindeutig erkannt, dann würde eine uneingeschränkte Berufung auf die ärztliche Schweigepflicht einer Mißachtung der Grundregeln ärztlicher Ethik gleichkommen. Das „unbefugt“ im § 300 StGB läßt allein schon die Befugnis zu einer Offenbarung offen. Obgleich der Arzt nach der derzeitigen Rechtslage nicht zur Anzeige verpflichtet ist, sollte er in eigener Verantwortung nach gewissenhafter Prüfung auf dem Wege der Interessen- und Güterabwägung feststellen, ob eine Offenbarung geboten ist oder nicht. Er allein muß entscheiden, ob die ärztliche Ethik eine Anzeige erfordert, oder ob er zunächst versuchen sollte, den Schutz des Kindes auf andere Art und Weise zu erreichen. — In Amerika wird in einer im Jahre 1964 neu eingeführten gesetzlichen Regelung uneingeschränkt gefordert, daß der Arzt weiteren Schaden verhüten soll. Andere europäische Autoren halten es für besser, wenn die Ärzte nicht gesetzlich verpflichtet werden, Mißhandlungen anzuzeigen. — Verf. bekennt sich zu der jetzigen deutschen Regelung, welche die freie Entscheidung des Arztes gewährleistet; sie vertritt die Auffassung, daß auch eine Verdeutlichung der Offenbarungsbefugnis letzten Endes das Verhältnis zwischen Arzt und Patient stören würde.

W. JANSSEN (Heidelberg)

**M. Küper: Einsichtnahme des Patienten in seine Krankenblätter.** Med. Klin. 62, 1684—1686 (1967).

Verfasserin, Dr. jur. und Regierungsdirektorin in Düsseldorf, kommt unter Berücksichtigung des Schrifttums und der organen obergerichtlichen Entscheidungen zu der Auffassung, daß weder der Arzt der Praxis noch der Arzt eines Krankenhauses verpflichtet ist, einem Patienten die über ihn geführte Krankengeschichte vorzulegen. Nur in einem besonderen Ausnahmefall hat das OLG Stuttgart eine solche Verpflichtung bejaht, weil ein nicht abwegiger Verdacht bestand, der Arzt habe zwecks Verschleierung eines Kunstfehlers an einer Krankengeschichte eine Abänderung vorgenommen.

B. MUELLER (Heidelberg)

**BGB § 847 (Zur Höhe des Schmerzensgeldes).** 80000 DM Schmerzensgeld bei Querschnittslähmung, Schädelfraktur und Knochenbrüchen. [OLG Köln, Urt. v. 9. 3. 1967 — 7 U 131/66.] Neue jur. Wschr. 20, 1968—1969 (1967).

Der Verletzte war vor vielen Jahren von dem Wagen einer Besatzungsmacht angefahren worden; er mußte 2 Jahre lang im Krankenhaus behandelt werden; es resultierte eine Querschnittslähmung vom 7. Brustwirbel abwärts. Das OLG bewilligte statt der angebotenen 20000 DM ein Schmerzensgeld von 80000 DM; es berücksichtigte die Verkürzung der Lebenserwartung, ferner den Umstand, daß der Kläger keine rechte Lebensfreude habe und seinem Berufe nicht mehr nachgehen könne; auch eine gewisse, inzwischen erfolgte Geldentwertung wurde in Betracht gezogen.

B. MUELLER (Heidelberg)

**BGB § 847; ZPO § 304 (Quotierung des Schmerzensgeldes; Schmerzensgeldhöhe bei Libido-Verlust).** a) Ein in unzulässiger Weise auch hinsichtlich eines Schmerzensgeldanspruches quotierendes Grundurteil ist, auch soweit es den Schmerzensgeldanspruch betrifft, nicht nichtig. Es ist lediglich hinsichtlich der Quotierung insoweit und der daraus sich ergebenden teilweisen Klageabweisung des Schmerzensgeldanspruches unverbindlich, insoweit also auch nicht in Rechtskraft erwachse. — b) Zur Höhe des Schmerzensgeldes bei Libido-Verlust. [OLG Celle, Urt. v. 6. 3. 1967 — 5 U 121/65.] Neue jur. schr. 20, 1514—1516 (1967).

Die oben wiedergegebenen Leitsätze des OLG Celle beziehen sich konkret auf den Schmerzensgeldanspruch eines Klägers, dessen Klage bereits zu einem rechtskräftigen Urteil geführt hatte, wonach ihm wegen teilweise eigener Mitverursachung eines Unfalles eine Quote von  $\frac{4}{5}$  des für diesen Fall angemessenen Schmerzensgeldanspruches zugesprochen wurde. In Übereinstimmung mit dem BGB (BGHZ 18, 149-NJW 55, 1675; BGH, Vers. 61, 164) wird davon ausgegangen, daß

das Schmerzensgeld sowohl Ausgleichs- als auch Genugtuungsfunktion hat und daß der Schmerzensgeldanspruch demnach einen einheitlichen, nicht aufspaltbaren Anspruch darstellt. Die Höhe des Schmerzensgeldes — als ein Teil des gesamten Schadenersatzgeldes — richtet sich in jedem Einzelfall nach den gegebenen Umständen, vor allem auch nach dem Maß des Verschuldens des Schädigers, und dem Maß der Mitverursachung bzw. des Mitverschuldens durch den „Verletzten“. Das Mitverschulden bzw. die Mitverursachung der beiden am Unfall Beteiligten, das in der Regel gemäß §17 S tVG zur Bildung einer bestimmten Quote führt, in deren Höhe der Schuldige den Geschädigten zu Schadenersatz verpflichtet bzw. der Geschädigte selbst für Schäden aufzukommen hat, ist nach Berücksichtigung aller Umstände und Faktoren zu bemessen und nicht aufgrund eines bestimmten Faktors. Interessierten wird empfohlen — um Mißverständnisse nicht hervortreten zu lassen — die gesamte Urteilsbegründung zu studieren. ARBAB-ZADEH (Düsseldorf)

**H. Kretz: Folgen der Sterilisation.** Zur Frage der Entschädigung Zwangssterilisierter nach dem Bundesentschädigungsgesetz. II. [Psychiat. u. Neurol. Klin., Univ., Heidelberg.] Med. Klin. 62, 1341—1345 (1967).

Im zweiten Teil der Arbeit führt Verf. aus, daß der zwangsläufig unfruchtbar Gemachte in jedem Falle einen Komplex mit sich herumträgt. Er kann zwar koitieren, er fühlt sich aber trotzdem minderwertig, obwohl in vielen Fällen auch sonst der Coitus nicht ausgeübt wird, um Kinder in die Welt zu setzen, sondern um Orgasmus zu haben. Unter Bezugnahme auf die Untersuchungen von W. v. BAER u. Mitarb. wird vorgeschlagen, die Zwangssterilisierten, die zum Geltungsbereich des Bundesentschädigungsgesetzes gehören, sollten grundsätzlich eine Basisentschädigung erhalten, und zwar am besten in Form einer Kapitalabfindung. Zahlreiche Zwangssterilisierte weisen zusätzlich eine unsicher-depressive oder sensitive Fehlhaltung auf. Hieraus können sich weitere Schädigungsfolgen entwickeln, die unabhängig von der Kapitalabfindung zu berenten seien [Teil I s. d. Z. 62, 56 (1968)].

B. MUELLER (Heidelberg)

**J. Stockhausen: Internationaler Kodex für medizinische Ethik.** Münch. med. Wschr. 109, 2333—2334 (1967).

Auf eine Anfrage berichtet der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, daß der oben genannte Kodex keine Rechtsverbindlichkeit hat; es handelt sich um einen Beschluß der Generalversammlung des Weltärztebundes vom Jahre 1949; Deutschland war damals noch nicht Mitglied dieses Bundes und hat nicht mitgewirkt. In der Bundesrepublik gelten die Berufsordnungen, die die Landesärztekammern erlassen haben, und zwar für alle Ärzte, auch für angestellte Ärzte. Wenn ein Arbeitgeber einen Arzt zu unärztlichem Verhalten zu bewegen sucht, so wendet sich dieser am besten an die örtliche Ärzteschaft, bzw. an die für ihn zuständige Ärztekammer.

B. MUELLER (Heidelberg)

**K. H. Bauer: Über Rechtsfragen bei homologer Organtransplantation aus der Sicht des Kliniklers (unter besonderer Berücksichtigung der Krebsübertragung).** [Dtsch. Krebsforsch.-Ztr., Heidelberg.] Chirurg 38, 245—251 (1967).

Verf. sieht in der Einführung der homologen Organtransplantation die Eröffnung eines völlig neuen Kapitels des Arztrechts, besonders im Hinblick darauf, daß die Rechtssphären zweier Menschen gleichzeitig und zugleich wechselseitig verflochten werden. Eine weitere Problematik entsteht auch rechtlich daraus, daß zwecks Erreichung des Operationszieles zusätzliche therapeutische Maßnahmen mit aufklärungspflichtigen Komplikationsmöglichkeiten wegen der notwendigen Ausschaltung von Abwehrmechanismen erforderlich sind. Wegen tiefreichender Maßnahmen in diesem Bereich (Milzexstirpation, Thymektomie, Verabreichung cytostatischer Substanzen) ist die Komplikationsdichte noch so groß, daß das Risiko des Mißerfolges bei Nierentransplantationen derzeit bei 50 % liegt. Nach LARGIADER liegt die Welt-Erfolgsquote der Nierenhomotransplantationen (510 Fälle) bei 44,7 % funktionierenden Nieren, für Geschwisternieren 60,2 %, für sog. freie Nieren jedoch nur 16,6 %. Bei 196 Nierentransplantationen von Verstorbenen betrug der Anteil funktionsfähiger Nieren 37,7 %. — Die juristisch gestellte Frage, ob die Organtransplantation eine Neuland-Operation ist, beantwortet Verf. „unbedingt mit ja“. Daher müssen die rechtlichen Konsequenzen für das ärztliche Handeln bei Organtransplantationen sehr viel härter als bei jedem sonst vergleichbarem Eingriff sein. — Verf. stellt folgende Grundforderungen: Objektiv ausgewiesene Gesundheit des Organspenders, Blutgruppengleichheit von Spender und Empfänger (beide sollen Rh-negativ sein), Aufklärung des Spenders über sein Risiko in gesundheitlicher und wirtschaftlicher Hinsicht (seine Körperverletzung bedarf einer besonderen Rechtfertigung), wobei auch Fragen der entnahmebedingten Lebensverkürzung nicht ausgenommen

werden dürfen. Diese Unwägbarkeiten beim Spender rücken die Vorteile der Organentnahme bei Frischverstorbenen in den Vordergrund; jedoch scheiden Carcinomträger (auch geheilte) aus, da Krebsübertragungen durch Organtransplantationen beobachtet worden sind. Die Gefahren cancerologischer Natur, die sich aus der gegenwärtig geübten Form der Immunsuppression ergeben, werden ebenfalls dargelegt; sie haben aus Gründen der augenblicklich statistisch noch geringen Überlebensdauer der Empfänger noch wenig Bedeutung. Auf der Seite des Empfängers ist bei der Indikation zuvörderst zu beachten, daß ein Mißerfolg in jedem Falle die Wende zum Schlimmeren und meist das baldige Ende bedeutet. Die Organtransplantation muß daher vital indiziert, d. h. durch eine andere Therapie nicht ersetzbar sein, sie darf keine Kontraindikationen haben, der Empfänger muß aufgeklärt worden sein und über freie Willensentscheidung verfügen. Auf die rechtlich unanfechtbare Form der Einwilligung legt Verf. besonderen Wert.

J. PROBST (Murnau)<sup>oo</sup>

#### **K. Engisch: Über Rechtsfragen bei homologer Organtransplantation. Ergänzende Bemerkungen aus der Sicht des Juristen (des Kriminalisten). Chirurg 38, 252—255 (1967).**

Seiner Betrachtung hat Verf. wegen der Bedeutung der Organentnahme von Frischverstorbenen einige Worte über die Todeszeitbestimmung vorangestellt. Die Grenze zwischen Leben und Tod ist unsicher geworden; er selbst getraut sich nicht, die Frage der Bestimmung des rechtlich maßgeblichen Todeszeitpunktes sicher zu beantworten. In der Frage der Organtransplantation ist aber stets zu unterstellen, daß die Organentnahme von Frischverstorbenen als von rechtlich Verstorbenen anzunehmen ist. Eine rechtliche Abstufung gibt es nicht. Die „Wegnahme von Leichenteilen“ (§ 168 StGB) ist nur dort gegeben, wo der Leichnam sich im Gewahrsam der Angehörigen befindet. Es kann dann noch der Tatbestand der „Verunglimpfung des Andenkens eines Verstorbenen“ (§ 189 StGB) gegeben sein. — Die Entnahme von Organen oder Organteilen eines lebenden, wenn möglicherweise auch todgeweihten Spenders ist rechtlich „Körperverletzung“ im Sinne der §§ 223 ff. StGB. Hat die Entnahme den Tod des Spenders zur Folge oder beschleunigt sie auch nur den Todeseintritt eines Todgeweihten, so kommt gar der Tatbestand der Tötung in Betracht. Als Rechtfertigungsgrund ergibt sich die Einwilligung des Spenders, für die § 226a StGB als Anhalt dient. Danach ist die Körperverletzung mit Einwilligung nicht rechtswidrig, wenn die Körperverletzung selbst nicht gegen die guten Sitten verstößt. Daher muß nicht an die Einwilligung, sondern an die medizinisch indizierte Entnahme der Maßstab der „guten Sitten“ angelegt werden. Entscheidend hierfür sind u. a. Erfolgsaussichten der Transplantation und ihre Unumgänglichkeit zur Rettung des Empfängers. Eine ernste Lebensgefahr für den Spender hindert die rechtliche Wirksamkeit der Einwilligung. Die Einwilligung ist in aller Regel vom Spender selbst zu erklären. Auf die besonderen Verhältnisse bei nicht geschäftsfähigen Personen, z. B. auch bei minderjährigen Zwillingen, wird besonders aufmerksam gemacht. Wirksam ist eine Einwilligung zur Spende auch nur, wenn sie in klarer Erkenntnis ihrer Bedeutung und Tragweite gegeben wurde. Dies setzt absolute Freiwilligkeit der Spende, aber auch Kenntnisnahme der Gefahren „jetzt und in Zukunft“ voraus. Eine zwangsweise Transplantatentnahme, auch nur eine solche Blutentnahme, hält Verf. für nicht statthaft; ausgenommen hiervon ist das als rechtlich zumutbar anzusehende Opfer einer Blutspende im Notfall. — Der Transplantatempfänger hat, so Verf., ein Selbstbestimmungsrecht, wonach er eine Organtransplantation ablehnen kann. Im übrigen sind an die Relevanz der Einwilligung Bedingungen geknüpft, deren Erfüllung Voraussetzung ist, um nicht eine „eigenmächtige Heilbehandlung“ entstehen zu lassen; dazu gehört auch die Aufklärung über die dem lebenden Spender zugemuteten, ggf. erst später drohenden Schadensmöglichkeiten. Die Grenzen der Aufklärungspflicht sind in diesem Bereich — entgegen der auf anderen Gebieten — eher eng zu stecken, nicht zuletzt wegen der Vielfalt der hier obwaltenden medizinischen Problematik.

J. PROBST (Murnau)<sup>oo</sup>

#### **H. Genesis: Freiwillige Sterilisierung. Eine berufsethische Betrachtung zum Freispruch im Dr.-Dohrn-Prozeß. [Geburtshilf.-gynäkol. Abt., Martin-Luther-Krankenhh., Berlin-Grünwald.] Med. Klin. 60, 1135—1139 (1965).**

Verf. zeigt die Diskrepanz zwischen der ärztlichen Berufsauffassung und der nach Ansicht des 5. Strafsenates des Bundesgerichtshofes bestehenden Rechtslage. Die Gesamtproblematik wird abgehandelt nach folgenden drei Gesichtspunkten: operative irreversible Sterilisierung, Ovulationshemma und mechanische Massenverhütungsmittel. — Lesenswerte Einzelheiten zum Thema.

W. SPANN (Freiburg i. Br.)

**A. Kreuzer: Die strafrechtliche Haftung des Krankenhausarztes für unterlassene Hilfe gegenüber dem Außenpublikum.** Med. Klin. 62, 850—853 u. 889—892 (1967).

Aus den Ausführungen vom Verf. sei nachfolgendes kurz hervorgehoben: Die diensthabenden Ärzte der Krankenhäuser sind nicht grundsätzlich verpflichtet, auch außerhalb des Krankenhauses erste Hilfe auszuüben, sofern nicht mit dem Krankenhaus entsprechende Einrichtungen verbunden sind (ärztlich besetzte Wagen für die erste Hilfe). Eingreifen muß jedoch der Arzt des Bereitschaftsdienstes, des Nachtdienstes und des Feiertagsdienstes. Wenn ein anderer Arzt um Hilfe angegangen wird, beginnt seine Pflicht einzugreifen erst dann, wenn er wahrnimmt, daß ein Bereitschaftsarzt nicht zu erreichen ist. Die Ärzte der Krankenhäuser brauchen sich nach der herrschenden rechtlichen Meinung am Bereitschafts- und Sonntagsdienst des Ortes nicht zu beteiligen. Etwas fraglich ist dies jedoch bei denjenigen Chefärzten, die eine ausgedehnte Privatpraxis außerhalb des Krankenhauses haben. Es hat sich auch die Auffassung durchgesetzt, daß der diensthabende Arzt eines Krankenhauses eingelieferte Patienten nur dann wegen Platzmangels abweisen darf, wenn er sie untersucht und den Eindruck gewonnen hat, daß eine sofortige Versorgung nicht notwendig ist. Sonst muß er Notbetten einrichten. Jeder eingelieferte Patient muß so schnell wie möglich vom diensthabenden Krankenhausarzt untersucht werden. Allzu langes Hinzögern kann die Einleitung eines Verfahrens gemäß § 330 c StGB herbeiführen. Verf. warnt davor, die Verpflichtung, Patienten, die wegen Platzmangels nicht mehr aufgenommen werden können, zu untersuchen, nicht zu überspannen. Der diensthabende Arzt muß vielfach auch andere wichtige Fälle versorgen, es kann ihm nicht allzuviel zugemutet werden. Fehlen im Krankenhaus entsprechende Spezialeinrichtungen, so soll der diensthabende Arzt berechtigt sein, den Patienten auch zu spezialistisch eingerichteten Krankenhäusern weiterzuleiten. Nach den Erfahrungen von Ref. ist es jedoch nicht nur zweckmäßig, sondern auch notwendig, den Kranken in dem anderen Krankenhaus fernmündlich anzumelden.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Werner Kalisch: EWG-Niederlassungsrecht und deutsches Recht der Führung ausländischer akademischer Grade.** Neue jur. Wschr. 20, 2094—2096 (1967).

Die Ausführungen von Verf., der Ministerialrat und Lehrbeauftragter für Hochschulrecht in Hannover ist, gipfeln in folgendem: die Richtlinien, die der EWG-Rat erlassen wird, betreffen die Aufnahme und Ausübung eines Berufes in einem Land, das zur EWG gehört. Auf medizinischem Gebiet wird es sich um die Anerkennung der Approbationen handeln. Akademische Titel werden durch die Richtlinien nur dann erfaßt werden, wenn sie mit der Berechtigung verbunden sind, einen bestimmten Beruf auszuüben. Dies trifft aber für den medizinischen Dokortitel nicht ohne weiteres zu; ob er geführt werden darf, wird der Entscheidung der zuständigen Ministerien der Länder überlassen werden müssen.

B. MUELLER (Heidelberg)

**AkadGradG v. 7. 6. 1939 (RGBl. I 985) §§ 2,3,5 (Führung ausländischer akademischer Grade in Bayern).** a) Da die sachlichen Voraussetzungen für die Erteilung der Genehmigung zur Führung eines im Ausland erworbenen akademischen Grades gesetzlich nicht festgelegt sind, ist derzeit in Bayern für ein Genehmigungsverfahren kein Raum. — b) Die Führung ausländischer Grade hängt daher nach der gegenwärtigen Rechtslage nicht von einer Genehmigung ab. [BayObLG, Beschl. v. 1. 8. 1967 — RReg. 4a St 31/67.] Neue jur. Wschr. 20, 2123—2124 (1967).

Ein amerikanischer Staatsangehöriger hatte nach einem Studium vor mehreren Jahren in den USA im Juni 1959 den Grad eines „Doctor of Optometry“ erworben. Er betreibt in Bayern ein Optikergeschäft und führte die Bezeichnung: Dr. P., Optometryst, USA. Die Führung dieses Titels hatte ihm das Bayerische Kultusministerium verboten. Als er trotzdem diesen Titel führte, kam es zu rechtlichen Verwicklungen; sie endeten damit, daß das Bayerische Oberste Landesgericht sich auf den Standpunkt stellte, daß das ehemalige Reichsgesetz über die Führung von akademischen Graden zwar als Landesgesetz weitergilt; da es aber in Bayern keine amtlichen Richtlinien für die Durchführung des Gesetzes gibt, kann nicht verhindert werden, daß ein Ausländer Titel führt, die er im Ausland erworben hat.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Helmut Ehrhardt: Die Neuordnung der fachärztlichen Weiterbildung in der Nervenheilkunde.** [Inst. Gerichtl. u. Soz.-Psychiat., Univ., Marburg a.d.Lahn.] Nervenarzt 38, 500—506 (1967).