

G. Petit, G. Petit et J. Champeix: Parricide réalisé par un adolescent avec suicide secondaire. (A propos d'une observation.) (Muttermord mit nachfolgendem Selbstmord durch einen Jugendlichen. [Bericht über eine Beobachtung.]) *Ann. Méd. lég.* **47**, 685—690 (1967).

Ein 14-jähriger Junge erschlägt seine Stiefmutter durch 7 wuchtige Hiebe auf die linke Kopfhälfte mit einem Hackmesser. Hinterher versucht der Junge, sich zunächst zu erhängen und stirbt schließlich durch Leuchtgasvergiftung. Bei der Obduktion fand sich bei dem Jungen eine Hypertrophie der Hypophyse. Man war unterschiedlicher Meinung, ob es sich um einen Tumor oder um eine in der Pubertät noch normale Vergrößerung handelte. Verff. versuchen nun, die psycho-pathologischen Hintergründe der Tat aufzuhellen. Sie können nur Hypothesen diskutieren, insbesondere da der Täter bisher psychisch nicht auffällig war.

VOLBERT

Rainer Weiss: Dreifacher Mord und Selbstmord. *Kriminalistik* **22**, 441—443 (1968).

Ein Ehemann, der als Eigenbrötler galt, aber sonst nicht besonders auffällig gewesen war, lockte seine Frau und seine zwei Kinder in den Keller und erschlug sie mit dem Beil. Danach nahm er E 605 zu sich und öffnete sich wahrscheinlich nach Einnahme des Giftes mit einer Rasierklinge die A. radialis am linken Unterarm, danach hat er sich über seine Frau geworfen. Die gerichtsmedizinischen Befunde und die Verhältnisse am Tatort werden genau geschildert, der Täter war wegen unklarer Beschwerden in nervenärztlicher Behandlung gewesen; angenommen wird eine akut aufgetretene geistige Störung.

B. MUELLER (Heidelberg)

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

M. Audier, M. Mosinger, A. Serra Dimigni, J. Padovani et R. Luccioni: Evolution et pronostic des traumatismes cardiaques survenus au cours des cathétérismes veineux et artériels. Etude de 500 explorations. (Entstehung und Prognose von Herzverletzungen bei venöser und bei arterieller Katheterisierung. Studie bei 500 Untersuchungen.) [31. Congr. Internat., Langue Franç., Méd. Lég. et Méd. Soc., Montpellier, 18.—22. X. 1966.] *Ann. Méd. lég.* **47**, 190—195 (1967).

8 Zwischenfälle bei 500 Fällen von Herzkatheterismus: 4 Herzverletzungen und 4 arterielle Komplikationen; nur eine der Herzverletzungen verlief tödlich. — Die vier arteriellen Zwischenfälle ereigneten sich alle bei der Methode nach SELDINGER (transcutane Punktion der A. femoralis): Plötzlicher Arterienverschluß, dreimal mittels Vasodilantien und Anticoagulantien geheilt, einmal chirurgische Intervention. — Bei den vier Herzverletzungen kam es zweimal zur Herzwanddurchstoßung, einmal zur Injektion in den Sinus coronarius und einmal zu einer intraparietalen Injektion. Die perforationsgefährdetste Stelle ist das Infundibulum pulmonale; hier ereignete sich auch der eine tödliche Zwischenfall und zwar beim Auswechseln der Sonde nach COURAND durch die Sonde von ALVAREZ. Das Hämoperikard konnte zwar sofort operiert — und dabei die Mitralstenose gesprengt — werden, doch starb der Patient 6 Monate später unter dem Bild der Herzbeutel tamponade. Im zweiten Perforationsfall Durchstoßung im oberen Abschnitt des rechten Herzohres; Diagnose durch Retrosternalschmerz und Kontrastmittelnachweis im Herzbeutel. Eine Therapie war nicht nötig(!). Patient wurde später erfolgreich neuerdings katheterisiert. Der Fall von Injektion in den Sinus coronarius verlief ebenfalls ohne weitere Komplikationen; hier hatte die Gefahr der Sinusruptur bestanden. Im 4. Fall, bei dem die Sonde auf arteriellem Wege eingeführt wurde, erfolgte die Kontrastmittelinjektion in die Herzwand der Spitze der linken Kammer. Meist führen solche Zwischenfälle zu keinen Folgen, hier kam es aber zu starkem Präkordialschmerz und im EKG zum Bild eines akuten Infarktes. — Der Aufsatz, der auch 5 (leider sehr schlecht reproduzierte) Wiedergaben von Röntgenaufnahmen enthält, schließt mit prophylaktischen Überlegungen: Vermeidung der Punktion sklerotischer Femoralarterien, genaue Beachtung der Lage der Sondenspitze und kritische Auswahl der Patienten. — Keine Literatur.

H. MAURER (Graz)

B. Guardabasso: Calcemia ed eventuali modificazioni in rapporto alla causa mortis. (Hypercalcämie als Todesursache und verschiedene Modifikationen.) [Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Catania.] *G. Med. leg. Infortun. Tossicol.* **13**, 297—305 (1967).

Calcium kann in einer Menge von 0,8—1,0 g/die intravenös gegeben werden. Immer wieder kommen Zwischenfälle vor, die in erster Linie durch Anaphylaxie erklärt werden. Es werden

aber Fälle beobachtet, in denen der Tod dem einer akuten Lungenembolie gleicht. Hierbei wurde ein amorpher oder kristalliner Ausfall von Calcium im Kreislauf gefunden. Auch multiple Embolien in den verschiedensten Organgebieten wurden gefunden. — Anhand von Tierversuchen wird gezeigt, daß sich der Calciumgehalt im Blut proportional zu der injizierten Menge verhält und innerhalb von 24—36 Std wieder auf den Normalwert zurückgeht. GREINER (Duisburg)

H. Schulze: Zur Frage der Narkosebelastung bei den Todesfällen in der operativen Frauenheilkunde und Geburtshilfe (1953—1966). [Frauenklin., Med. Fak., Univ., Berlin.] Zbl. Gynäk. 89, 1633—1644 (1967).

Von 1953—1966 wurden an der Univ.-Frauenklinik Berlin 35919 operative Eingriffe vorgenommen (11600 große und 13110 kleine gynäkologische, 11149 geburtshilfliche Operationen). 29mal trat Exitus in tabula auf. Bei 15 Fällen war der Tod durch die Narkose bedingt oder begünstigt. Die Aufteilung dieses Materials in zwei 7-Jahres-Gruppen (1953—1959 und 1960 bis 1966) ergibt in der 1. Gruppe eine gereinigte Mortalitätsziffer von 0,06% (11 Todesfälle durch Narkose) gegenüber 0,02% in der 2. Gruppe (4 Todesfälle durch Narkose). Trotz ungünstiger Voraussetzungen, z. B. Zunahme der Operationen bei Frauen über 60 Jahren, konnte der Verf. einen Rückgang des Narkosetodes in der Gynäkologie und Geburtshilfe feststellen. Die Anaesthesiemethoden, die Operationen und die Exitusfälle sind in ausführlichen Tabellen aufgeschlüsselt. Die Periduralanaesthesie steht mit 8996 im Vordergrund. Die Endotrachealnarkose (891) wird erst in den letzten Jahren zunehmend angewandt. Mortalitätsziffern der Periduralanaesthesie: von 1953—1959 0,19% und von 1960—1966 0,11%. R. HOFMANN^{oo}

Friedrich Debes: Ärztliche Schweigepflicht und ärztliche Aufklärungspflicht in der deutschen medizinischen und juristischen Literatur von 1945 bis 1966. Marburg: Diss. 1967. 96 S.

Es handelt sich um einen straff gefaßten, gut gegliederten Literaturüberblick unter Zitierung der gesamten erreichbaren Literatur. Besprochen werden die Meldepflichten aufgrund des Bundesseuchengesetzes, der Meldeordnungen der Länder (umstrittene Pflicht der Krankenhäuser, der Polizei verletzte Patienten zu melden), fernerhin das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, das Erbgesundheitsgesetz (nicht mehr gültig), etwaige Pflichten zur Herausgabe von Befunden für die Sozialversicherung, für die privaten Versicherungsträger und für den Arbeitgeber, die Schweigepflicht bei einer etwaigen Steuerprüfung durch das Finanzamt, das Zeugnisverweigerungsrecht im Strafprozeß, die Frage der Pflicht zur Herausgabe von Krankengeschichten und die Möglichkeit ihrer Verweigerung, die Beachtung der Schweigepflicht im Zivilprozeß, im Sozialgerichtsverfahren, gegenüber Kollegen, im medizinischen Unterricht, gegenüber Angehörigen von Patienten, die Grenzen der Schweigepflicht gegenüber den Angehörigen von Minderjährigen, die Schweigepflicht der beamteten Ärzte, die verbliebene Schweigepflicht nach dem Tode des Patienten, die Schweigepflicht des Leichenschauers und des Pathologen, die des medizinischen Sachverständigen und die Schweigepflicht bei einer Entbindung. In den Ausführungen über das Operationsrecht werden behandelt: Die Grundlagen der ärztlichen Aufklärungspflicht allgemein, im einzelnen die Aufklärungspflicht bei den einzelnen Eingriffen bzw. Operationen, bei medikamentöser Behandlung, bei Schockbehandlung, bei Strahlenbehandlung, die Art der Aufklärung bei Krebs und bei kosmetisch-ästhetischen Operationen. In einem besonderen Abschnitt werden behandelt die Aufklärung und Einwilligung Minderjähriger und die Aufklärungspflicht in den Entwürfen zu einem neuen Strafgesetzbuch. — Die Darstellung ist knapp, aber vollständig und gut faßlich. Die Beschreibung der Monographie muß empfohlen werden; die Aufzählung von Einzelheiten ist aus Raumgründen leider nicht möglich. B. MUELLER (Heidelberg)

M. Belenger: Le secret médical. (Das ärztliche Geheimnis.) Arch. belges Méd. soc. 25, 225—243 (1967).

In Belgien ist die durch das Strafgesetz festgelegte ärztliche Schweigepflicht besonders streng. Das Gesetz kennt nur wenige Ausnahmen. Selbst entgegen dem ausdrücklichen Wunsch des Patienten kann der Arzt schweigen; er allein ist Herr des Geheimnisses. Angesichts der modernen Sozial- und Rechtsmedizin meint der Autor (Chef der Klinik für Arbeitsunfälle in Brüssel), daß die Grenze der Schweigepflicht neu überdacht werden müsse, vor allem wenn das Interesse des Patienten oder höhere Interessen auf dem Spiele stehen, „ohne jedoch in eine Medizin ohne ärztliches Geheimnis zu verfallen“. H. MAURER (Graz)

Eckart Reblin: Rechtsfragen bei Anfallsleiden. [11. Fortbild.-Kurs f. sozialmed. Begutachtungsk. f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 11.—13. X. 1967.] *Med. Sachverständige* 64, 86—90 (1968).

Nach der Auffassung von Verf. ist die Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht unter dem Gesichtspunkt des übergesetzlichen Notstandes dann geboten, wenn der Arzt von seinem anfallskranken Patienten erfährt, daß er eine Tätigkeit als Arbeitnehmer aufnehmen will, bei der er durch plötzlich auftretende Anfälle andere in unmittelbare Lebensgefahr bringt. Nach der arbeitsrechtlichen Rechtsprechung muß ein Arbeitnehmer bei der Einstellung die Frage des Arbeitgebers nach seinem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß beantworten, um sich nicht schadensersatzpflichtig zu machen. Unter Umständen kann das Anfallsleiden auch ein Kündigungsgrund sein. Im Sozialversicherungsrecht sollte der Grundgedanke der Rehabilitation stärker betont werden. Es wird betont, daß der Anfallsleidende im Arbeitsrecht nach heutiger Gesetzgebung und Rechtsprechung kaum wettbewerbsfähig ist. **LIBHARDT** (Freiburg i. Br.)

K. Cohn, H. Grieger und W. Strasberg: Zur gerichtlichen Beurteilung der ärztlichen Haftpflicht. *Dtsch. Gesundh.-Wes.* 23, 760—766 (1968).

Die Verf. vergleichen die in der Bundesrepublik herrschende Rechtsprechung zur zivilrechtlichen Verantwortlichkeit für ärztliche Fehlleistungen mit der ärztlichen Haftpflicht in der Rechtsprechung der DDR. Nach einer kritischen Betrachtung der ärztlichen Aufklärungspflicht und der Beweislast im Recht der Bundesrepublik wird die Rechtslage in der DDR geschildert. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient fehlt; vielmehr hat das Oberste Gericht, beginnend mit einem Urteil vom 8. 12. 1955 (2 Uz 39/54), den Vertrag auf ärztliche Betreuung als Vertrag eigener Art (Arztvertrag) angesehen. Dieser Arztvertrag wird nicht nach den Bestimmungen über den Dienst- oder Werkvertrag des BGB behandelt. „Die rechtliche Ausgestaltung der Beziehungen zwischen Arzt und Patient ist Ausdruck der sozialistischen gesellschaftlichen Verhältnisse in unserem Staat, die Grundlage einer systematischen Hebung der Volksgesundheit und der vollen Verwirklichung der ethischen Verantwortung des Arztes sind.“ Das entspricht auch den Auffassungen des zivilrechtlichen Schrifttums in der DDR. Als Vertrag eigener Art enthält der Arztvertrag die Verpflichtung, den Patienten unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der ärztlichen Wissenschaft, soweit deren Kenntnis von dem behandelnden Arzt erwartet werden kann, gewissenhaft zwecks Wiederherstellung seiner Gesundheit oder Linderung seiner Leiden zu behandeln. Das bedeutet, wie der Oberste Gerichtshof erklärt hat, nicht, daß der Arzt vertraglich verpflichtet ist, in jedem Fall den gewünschten Zweck der Behandlung zu erreichen, vielmehr liegt die Verpflichtung des Arztes nur darin, alles in seinen Kräften Stehende zu tun, um den Patienten zu heilen oder seine Leiden zu lindern. Mit dem Wesen ärztlicher Tätigkeit wird es für unvereinbar gehalten, den Eingriff des Arztes als Körperverletzung anzusehen, der nur durch die Einwilligung des Patienten rechtmäßig wird. In der DDR tritt eine Haftung nur ein, wenn der Arzt oder die Gesundheitseinrichtung, mit welcher der Vertrag abgeschlossen worden ist, den Schaden schuldhaft verursacht hat. Für die Beurteilung etwaiger Fahrlässigkeit des Arztes kommt es darauf an, ob dieser entsprechend seiner Ausbildung bei der Behandlung des Patienten das Maß an Sorgfalt aufgewandt hat, das von einem gewissenhaften Arzt unter den gegebenen Verhältnissen regelmäßig angewendet wird. Das Oberste Gericht hat hierzu etliche Grundsätze in seiner Rechtsprechung entwickelt.

K. HÄNDEL (Waldshut)

Emil W. Stark: Die Bemessung des Verschuldens in Arzt-Haftpflicht-Fällen. *Gerichtsmedizin, Bindeglied zwischen Medizin u. Recht* (Festgabe zum 70. Geburtstag von Prof. Dr. **FRIITZ SCHWARZ**) 1968, 46—55.

Verf. beschreibt die Voraussetzungen der zivilrechtlichen Haftpflicht des Arztes. Das Verschulden, gemessen an der Sorgfaltspflicht, wird hinsichtlich Diagnose und Therapie an Hand von stichwortartigen Angaben über die einschlägige Rechtsprechung dargelegt. Dabei werden die Fragen des „lege artis“, der Sorgfaltspflicht, der Beweislast im Prozeß und der Unterscheidungsmerkmale des ärztlichen Berufs gegenüber anderen Berufen berührt. **VETTERLEIN**

András Potondi und Ottó Ribári: Über die klinische und forensisch-medizinische Aktualität der akuten Epiglottitis. Orv. Hetil. 109, 1489—1490 u. dtsh. u. engl. Zus.fass. (1968) [Ungarisch].

Anhand von 6 letal endenden akuten Epiglottitiden beschreiben Verff. die Klinik des Krankheitsbildes. Sie lenken die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der rechtzeitig auszuführenden Tracheotomie. Solche Patienten soll man sofort auf einer Krankenhaus-Abteilung unterbringen. Bei den Fällen, die mit Erstickung enden, muß auch die Verantwortung des Arztes erwogen werden.

Zusammenfassung

Walter Kreienberg: Formen gemeinsamer Berufsausübung in der ärztlichen Praxis. Dtsch. Ärzteblatt 65, 1504—1510 (1968).

Friedrich Voges: Ärztliche Selbstverwaltung im demokratischen Staat. Vortrag bei der festlichen Einweihung des Ärztehauses in Trier Dtsch. Ärzteblatt 65, 1659—1660 u. 1669—1670 (1968).

W. Becker: Ehegatten-Behandlung und Arzthonorar. Med. Klin. 63, 348—350 (1968).

Nach Auffassung von Verf. sind beide Ehegatten als Gesamtschuldner des Arzthonorars anzusehen. Eine Ausnahme könne bei Schönheitsoperationen gegeben sein. Rechtsgrund der gesamtschuldnerischen Haftung ist nach dem Verf. die Unterhaltspflicht, im Gegensatz zum BGH, der davon ausgeht, daß der Vertrag, den die Frau mit dem Arzt schließt, innerhalb der sog. häuslichen Schlüsselgewalt liegt.

LIEBHARDT (Freiburg i.Br.)

Th. Kleinknecht: Arzt und Patient — rechtlich gesehen. Med. Klin. 63, 772—775 (1968).

Verf., Generalstaatsanwalt in Nürnberg, gibt in verständlicher Sprache einen Überblick über die Stellung des Arztes im Strafrecht und Zivilrecht. Bei seinen Ausführungen über die Schweigepflicht nimmt er dahin Stellung, daß der Arzt dem Ehegatten des Patienten im allgemeinen Auskunft geben kann, ebenso den Eltern, sofern er nicht befürchten muß, daß zwischen den Familienangehörigen Spannungen bestehen. Bei Besprechung ärztlicher Kunstfehler berichtet Verf., daß es einem sachverständigen Arzt recht schwer fällt, die vorliegende Fahrlässigkeit eines Kollegen anzuerkennen; daß für eine Verurteilung auch der Nachweis eines Kausalzusammenhanges notwendig ist, wird nebenbei erwähnt. Unter der Überschrift Besuchspflicht des Arztes betont Verf., daß sie besonders für den Arzt der Praxis besteht. Für etwaige nachteilige Folgen muß der Arzt strafrechtlich und zivilrechtlich haften. Die Frage des Vorliegens einer „unterlassenen Hilfeleistung“ wird nicht erwähnt. Hinweis darauf, daß ein Arzt auch oft prophylaktische Maßnahmen empfehlen muß. Eine Aufklärungspflicht über nachteilige Folgen besteht nur dann, wenn die Komplikationsdichte unter 5—7% liegt. Normal entwickelte Patienten zwischen 18 und 21 Jahren sind nach Meinung von Verf. ebenso einwilligungsfähig wie Volljährige.

B. MUELLER (Heidelberg)

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

● **Handbuch der Kinderheilkunde.** Hrsg. von H. OPITZ und F. SCHMID. Bd. 9: Pädiatrische Grenzgebiete — Augen — Ohren — Zähne — Haut. Redig. von H. MAI. Bearb. von G. BECKMANN, H. BERGER, K. DIETEL u. a. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1968. XII, 968 S. u. 556 Abb. geb. DM 385,—; Subskriptionspreis DM 308,— E. Heindl-Preissler: Melkerknoten Senu strictori im Sinne von Kaiser und Berger. S. 718—719.

Als Melkerknoten werden bezeichnet: 1. Fremdkörpergranulome, die infolge Eindringens von Tierhaaren in die Haut der Hand entstanden sind, 2. Granulome an den Fingern infolge des mechanischen Reizes, 3. echte Infektionen mit Kuhpocken, die zur Allgemeinerkrankung und Lymphangitis führen, 4. Melkerknoten im eigentlichen Sinne, entstanden durch Eindringen von Paravaccin-Virus in kleine Epithelläsionen; Histopathologie: Eosinophile Einschlußkörper