

andere Straftaten wiederholt begangen hatten. 150 Leute begingen unsystematisch Diebstähle und andere Delikte. Es wurden 2 Typen der Wiederholungstäter identifiziert: Der „fixierte Wiederholungstäter“ und der „expansive Wiederholungstäter“. Der erste ist als ein monotroper oder homotroper Eigentumsverbrecher ohne Tendenz zur Gewalt definiert und das Stehlen ist für ihn durch das ganze Leben ein vorherrschendes Verbrechen. Dagegen ist der zweite Typ ein ditroper oder polytroper Verbrecher mit Tendenz zur Gewalttätigkeit. Der erste Typ unterscheidet sich in Bezug auf die Entwicklung zur Gewalttätigkeit und zur Veränderung der Deliktsarten deutlich von dem zweiten Typ.

S. KAMIYAMA (z. Z. Heidelberg)

Shingi Takemura: On the areal differences of the frequency of the parricide in Japan. (Über den regionalen Unterschied der Häufigkeit des Vaternordes in Japan.) [Institute of Brain Research, Tokyo Univ., Tokyo.] Acta Crim. Med. leg. jap. 34, 105—112 mit engl. Zus.fass. (1968) [Japanisch].

Aus der kriminalistischen Statistik von Japan wurden die Zahl der Vaternorde, die Rate bezogen auf 100000 Einwohner und der Prozentsatz der Morde für 5 Jahre von 1959—1963 in jedem der 46 Bezirke verglichen; die Gesamtzahl war 437 Fälle, die Gesamtzahl aller Morde 10188. Somit war der durchschnittliche Prozentsatz an Vaternorden 4,3 % (1,4—20,0 %) aller Morde. Die durchschnittliche Rate von Vaternorden bezogen auf 100000 Einwohner war 0,46 (0,20—1,07 %), dagegen die der Morde 10,80 % (4,65—24,22 %). Ein fast fester Zusammenhang zwischen der Rate der Vaternorde und der aller Morde wurde festgestellt. Aber in einigen Bezirken wurde eine höhere Rate an Vaternorden trotz niedriger Mordrate beobachtet. Es wurde angenommen, daß der regionale Unterschied vom Zivilisierungsgrad des Bezirks abhängig sei.

S. KAMIYAMA (z. Z. Heidelberg)

Francesco Carriero: Analisi antropologico-comprensiva di un caso di omicidio. Considerazioni criminogenetiche. (Verstehend-anthropologische Analyse eines Mordfalles. Kriminogenetische Betrachtungen.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Bari.] Zacchia 42, 288—297 (1967).

Frank R. Searpitti and Richard M. Stephenson: A study of probation effectiveness. (Studie über den Erfolg der Strafaussetzung zur Bewährung.) J. crim. Law Pol. Sci. 59, 361—369 (1968).

Eine Untersuchung der Verurteilungen männlicher Jugendlicher, deren Strafen zur Bewährung ausgesetzt wurden, hat ergeben, daß die Strafaussetzung sich in den leichteren Straffällen günstig auswirkt, dagegen in schwereren Fällen keine Erfolge zeitigt. Die Gesamtergebnisse der Strafaussetzungen müssen daher aufgeschlüsselt werden, da sonst irrige Vorstellungen über die Erfolge und Mißerfolge entstehen.

HÄNDEL (Waldshut)

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

● **Max Kohlhaas: Medizin und Recht.** München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg 1969. VI, 164 S. DM 7,80.

Nicht nur den Lesern dieser Zeitschrift, sondern fast allen Ärzten dürfte Verf. (Bundesanwalt in Karlsruhe) als Experte auf dem Gebiet des Arztrechtes bekannt sein. Seine Aufsätze und Stellungnahmen zu Einzelfragen, die in den Medizinischen Wochenschriften erschienen sind, werden dankbar begrüßt. Verf., der in einem Arzthaus aufgewachsen ist, versteht die Sprache der Ärzte und hat es gut heraus, ihnen rechtliche Probleme unter Berücksichtigung der höchst-richterlichen Entscheidungen auseinanderzusetzen. Es ist sehr dankenswert, daß er seine Erfahrungen und Studien in diesem Büchlein zusammengefaßt hat; es ist auch für diejenigen Ärzte gut lesbar, die vielleicht sonst mit der Juristensprache nicht viel anfangen können. 48 Seiten des Buches wurden für die Darstellung der ärztlichen Schweigepflicht in Anspruch genommen. Weitere Abschnitte gelten der Hilfeleistungspflicht, der Aufklärungspflicht, der Feststellung des Todes, der Leichenschau, der Blutentnahme, der Transplantation und vielen anderen Gebieten. Tonaufnahmen sind ohne Zustimmung des Patienten nicht statthaft, es sei denn, daß sich der Arzt in Ausnahmefällen der Gefahr der Erpressung ausgesetzt sieht, z.B. wenn er die Aufforderung zur

Vornahme eines abtreiberischen Eingriffes ablehnt und fürchtet, daß die Patientin später eine völlig andere Darstellung gibt. Unter Kunstfehler versteht Verf. eine Fahrlässigkeit im ärztlichen Beruf, die nachweisbare negative Folgen hat. Fahrlässigkeit allein ist kein Kunstfehler. Wer ein Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen ausstellt, ohne ihn untersucht zu haben, macht sich strafbar. Teilt der Arzt aber ausdrücklich mit, daß das Zeugnis sich nur auf die subjektiven Angaben des Patienten stützt und daß eine Untersuchung nicht stattgefunden hat, so entfällt die Strafbarkeit. Ein Referat über alle Einzelheiten ist nicht möglich. — Es ist sicher, daß das preiswerte Büchlein eine weite Verbreitung finden wird. Die Anschaffung muß jedem Arzt empfohlen werden.
B. MUELLER (Heidelberg)

I. Saroiu et C. Ciobica Ambrus: Accidents mortels post-thérapeutiques par fibrinolyse. (Postoperative Todesfälle durch Fibrinolyse.) [Inst. Méd. Lég., Cluj.] Méd. lég. Dommage corp. 1, 104—107 (1968).

Verf. berichtet über 3 Fälle massiver Hyperfibrinolyse unter, oder im Anschluß an große chirurgische Eingriffe, die ausgedehnte Bluttransfusionen erforderlich machten. In jedem Falle kam es zu einer ganz massiven Blutung, wobei die Gerinnungsfähigkeit aufgehoben war. Post mortem kann ein solcher Vorgang nur vermutet werden, da in dem bei der Obduktion gewonnenen Blut keine Veränderungen ermittelt werden konnten.
GREINER (Duisburg)

György Csákány: Mechanische Verletzungen des Myokards bei der Herzkatheterisierung und bei der selektiven Angiokardiographie. Orv. Hetil. 110, 1—7 u. dtsh. u. engl. Zus.fass. (1969) [Ungarisch].

Auf Grund von 6 eigenen Fällen und der Bearbeitung der Literatur werden die bei der selektiven Angiokardiographie das Myokard bedrohenden mechanisch-schädlichen Faktoren beschrieben. Die Verletzungen werden unmittelbar oder mittelbar durch die unberechenbaren intrakardialen Katheterbewegungen von großer Kraft verursacht, die von der unter großem Druck einströmenden Kontrastmittel ausgelöst werden. Die überwiegende Mehrzahl der Myokardschädigungen von dieser Entstehung klingt symptomlos ab und bedeutet nur eine „radiologische Komplikation“. Ein geringerer Teil manifestiert sich unter mehr oder weniger schweren klinischen Symptomen und kann sogar den Tod herbeiführen. Die klinische und röntgenologische Symptomatologie der so entstandenen Krankheitsbilder und die Möglichkeit der Vorbeugung werden erörtert.
Zusammenfassung

Gaisford G. Harrison: A classification for deaths associated with anaesthesia and an evaluation of autopsy in their assessment. (Ein Klassifikationssystem für Todesfälle in der Anästhesie und ein Hinweis auf die Notwendigkeit der Obduktion.) [Groote Schuur Hosp., Dept. Anaesth., Univ., Cape Town.] J. forensic Med. 15, 71—83 (1968).

Verf. ist Chefanaesthetist am Groote Schuur Hospital in Cape Town. Die vorliegende Mitteilung ist teilweise als Doktordissertation verwendet worden. Nach einer Einleitung über die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen in Südafrika, wonach jeder Tod während einer Ganznarkose oder einer Lokalanästhesie amtlich untersucht werden muß und nicht als „natürlicher Tod“ bezeichnet werden darf, schildert der Autor das Vorgehen bei entsprechenden tödlichen Zwischenfällen. Dabei kann der Tod bedingt sein 1. durch die Umstände der Anaesthetie, entweder zurückzuführen auf die Grundkrankheit oder die Operation, 2. kann der Tod durch das Anaesthetikum selbst bewirkt sein. Dabei sind Kombinationen sowohl mit der Operationsbelastung als auch mit Vorerkrankungen des Patienten möglich. Verf. gibt eine neue Klassifikation in Form eines Schemas: 1. Tod durch Anoxie (Anoxie und Ischämie), 2. Tod durch Herzstillstand, a) aus bekannter Ursache (Reflex, Hypothermie, Einfluß des Medikamentes, chirurgische Handlungen etc.), b) aus unklarer Ätiologie, 3. verschiedene Fälle. Es folgt ein Abschnitt über die Vermeidbarkeit derartiger Zwischenfälle, abgehandelt nach den einzelnen Gruppen. Schließlich wird in einem längeren Abschnitt auf die Bedeutung und Wichtigkeit der Durchführung von Sektionen in jedem dieser Fälle hingewiesen. Verf. gibt dann eine Übersicht über die Mortalität bei 177928 Narkosen, welche in einer 9-Jahresperiode am Groote Schuur Hospital durchgeführt wurden. Alle derartigen Todesfälle wurden zu der unmittelbaren Operationsmortalität gerechnet. Von diesen 414 Patienten konnten 298 (71 %) obduziert werden. Dabei war die unmittelbare

Operationsmortalität definiert als 1. Tod während der Operation und Anaesthesie, 2. Tod innerhalb der ersten 24 Std nach der Anaesthesie, 3. Fälle, bei denen zunächst das Bewußtsein wiedererlangt war, der Patient aber anschließend verstarb. Nach der Tabelle betrug in der angegebenen Zeit (1956—1960 und 1963—1966) die totale operative Mortalität 11,38 pro Tausend Anaesthesien, 2,33 pro Tausend Anaesthesien betrafen die unmittelbare operative Mortalität oder 20% der gesamtoperativen Mortalität. Unter den Todesfällen durch Anaesthesie waren 0,33% der ersten Gruppe, 1,47 der zweiten und 0,53 auf Tausend der dritten Gruppe zuzurechnen. Die einzelnen Befunde werden in zahlreichen Gruppentabellen ausführlich dargestellt. Zum Schluß wird die Forderung gestellt, daß bei der großen Diskrepanz zwischen der Anzahl der notwendigen Anaesthesien und dem vorhandenen gut ausgebildeten Personal nach Möglichkeit unabhängige regionale Körperschaften, die aus Spezialisten für Anaesthesie und Chirurgen sowie forensischen Pathologen bestehen sollen, zunächst derartige Fälle untersuchen sollen, um dann dem Coroner oder dem Gericht zur Hand gehen zu können. Nur auf diesem Wege könne einerseits die Öffentlichkeit vor medizinischer Nachlässigkeit geschützt werden, andererseits auch der Fortschritt zur Erhöhung der Sicherheit der Anaesthesie gewonnen werden. 36 Literaturstellen, ausschließlich angloamerikanische Fundstellen.

PRIBILLA (Kiel)

C. H. Viets und D. Gebauer: Klinischer Beitrag zur Pathogenese der Cumarin-Nekrosen. [Abt. Hemelingen, Med. Klin., Bremen.] Dtsch. med. Wschr. 92, 1767—1770, 1773 u. Bilder 1763 (1967).

Bericht über 6 Patienten mit charakteristischer Cumarin-Nekrose, die in typischer Weise zwischen dem 3. und 10. Tag nach Beginn der Behandlung mit Cumarin auftraten. Bei der Diskussion der Ätiologie, bei der u.a. allergische Reaktionen und das Zusammenreffen verschiedener an der Gefäßwand angreifender Noxen diskutiert werden, ist den Verf. der Hinweis auf den bei allen Patienten beobachteten abrupten Abfall der Thromboplastinzeit vor dem Auftreten der Cumarin-Nekrosen wichtig. Die Verf. neigen dazu, auch bei Auftreten der Nekrosen Cumarin weiter zu geben, da Absetzen des Medikamentes oder zusätzliche Gabe von Vitamin K₁ keine überzeugend bessere Beeinflussung der Nekrosen ergeben haben.

STEPHAN (Bonn)^{oo}

M. Kohlhaas: Die ärztliche Aufklärungspflicht. Med. Welt, N.F. 19, 2381—2385 (1968).

Verf. wendet sich im Rahmen seiner Ausführungen gegen die Auffassung, eine Aufklärung sei nicht erforderlich, wenn die Komplikationsgefahr nur 7% beträgt. Es muß von Fall zu Fall entschieden werden. Ein Arzt hatte einer 16jährigen Patientin bei nur geringen Beschwerden im Unterleib ohne Rücksprache mit den Eltern und ohne Durchführung eines Blutstatus die Appendix herausgenommen; die Patientin starb. Der Arzt wurde haftpflichtig gemacht, der BGH stellte sich auf den Standpunkt, daß sich jemand nur nach eingehender Aussprache einer nicht dringlichen Operation unterzieht. Ein Gynäkologe wollte ein Myom entfernen; die Myomatosis war so erheblich, daß er sich entschloß, den Uterus zu amputieren. Er wurde haftpflichtig gemacht, er hätte vorher die Einwilligung zu dieser eingreifenden Operation einholen sollen, falls sie notwendig sein werde. Die Patientin hatte mit einer solchen Möglichkeit gar nicht gerechnet. Eine Elektroschockbehandlung wurde überstürzt vorgenommen, es kam zu Frakturen, dringlich war diese Behandlung nicht. Das Gericht stellte sich auf den Standpunkt, daß auch in diesem Falle eine Aufklärung notwendig gewesen wäre.

B. MUELLER (Heidelberg)

Max Kohlhaas: Gripeschutzimpfung und Aufklärungspflicht. Dtsch. med. Wschr. 93, 2451—2452 (1968).

Wer sich gegen Grippe impfen läßt, ist nicht sicher, daß er von der Grippe verschont bleibt; es gibt viele Virus-Arten. Man muß auch mit allergischen Erscheinungen rechnen. Obwohl Verf. sonst immer dagegen aufgetreten ist, daß die Ärzte ihre Kranken vor Sonderbehandlungen oder Operationen Reverse unterschreiben lassen, empfiehlt er, daß vor der Grippeimpfung ein Revers vorgelegt wird, in welchem der zu Impfende bestätigt, er sei darüber aufgeklärt worden, daß es auch bei kunstgerechter Durchführung der Impfung zu Schock- und Nebenwirkungen kommen kann und daß er dieses Risiko in Kauf nimmt.

B. MUELLER (Heidelberg)

K. Händel: Nachweis der Einwilligung des Patienten. Dienstanweisung des Niedersächsischen Kultusministers. Med. Klin. 63, 2032—2035 (1968).

Der Niedersächsische Kultusminister hat in einem Runderlaß vom 16. 2. 1968 einschlägige Anweisungen gegeben (Niedersächsisches Ministerialblatt 1968, S. 239). Die Aufklärungspflicht vor Eingriffen und besonderen Behandlungsmethoden wird besonders betont. Es wird auch bemerkt, daß eine Aufklärung über ganz seltene Komplikationen nicht erforderlich ist. Es besteht die Möglichkeit, sich in Fällen, in denen die Aufklärung des Patienten selbst untunlich ist, sich mit den Angehörigen in Verbindung zu setzen. Verf. vermißt, daß in diesem Zusammenhang nicht darauf hingewiesen wurde, daß die Schweigepflicht grundsätzlich auch gegenüber den Angehörigen gilt. Bei bewußtlosen Personen kann die Einwilligung vermutet werden, wenn der Eingriff dem Interesse und dem wirklichen Willen des Patienten entspricht. Daß beim Suicid immer eingegriffen werden muß, wird in der Anweisung nicht besonders betont. Es wird empfohlen, dem Kranken ein Revers unterschreiben zu lassen, dessen Wortlaut vorgeschlagen wird. Bei der Aufklärung selbst soll in schwierigen Fällen ein Zeuge zugegen sein. Handelt es sich um eine Bestrahlungsbehandlung, so erhält der Kranke ein besonderes Merkblatt. Es ist zu hoffen, daß diese Anweisung schwierige Zivilprozesse vermeiden wird; die Anweisung gilt an sich nur für die Kliniken in Göttingen und die der Medizinischen Akademie in Hannover. Aber auch die anderen Ärzte werden gut tun, nach diesen Anweisungen zu handeln.

B. MUELLER (Heidelberg)

BGB §§ 1004, 823; StGB § 300 (Berechtigung des Arztes zur Benachrichtigung der Verkehrsbehörde über Gesundheitszustand eines Patienten). Ein Arzt kann trotz seiner grundsätzlichen Schweigepflicht nach den Grundsätzen über die Abwägung widerstreitender Pflichten oder Interessen berechtigt sein, die Verkehrsbehörde zu benachrichtigen, wenn sein Patient mit einem Kraftwagen am Straßenverkehr teilnimmt, obwohl er wegen seiner Erkrankung nicht mehr fähig ist, ein Kraftfahrzeug zu führen, ohne sich und andere zu gefährden. Voraussetzung ist jedoch, daß der Arzt vorher den Patienten auf seinen Gesundheitszustand und auf die Gefahren aufmerksam gemacht hat, die sich beim Steuern eines Kraftwagens ergeben, es sei denn, daß ein Zureden des Arztes wegen der Art der Erkrankung oder wegen der Uneinsichtigkeit des Patienten von vornherein zwecklos ist. [BHG, Urt. v. 8. 10. 1968 — VI ZR 168/67 (KG).] Neue jur. Wschr. 21, 2288—2291 (1968).

Dem Urteil kommt für die Praxis der Verkehrssicherheit ebenso große Bedeutung zu, wie für die Beurteilung der ärztlichen Schweigepflicht. Der Arzt darf das ihm anvertraute Geheimnis preisgeben, wenn der Patient seine Einwilligung gibt oder wenn gesetzliche Bestimmungen, etwa der Seuchengesetze, die Offenbarung des Geheimnisses vorschreiben. Darüber hinaus kann sich die Befugnis zur Offenbarung eines Geheimnisses aber auch aus den Grundsätzen über die Abwägung widerstreitender Pflichten oder Interessen ergeben; einen solchen Fall nimmt der Bundesgerichtshof hier an. Es wird hervorgehoben, daß die Schweigepflicht des Arztes ernst zu nehmen sei; allen beachtenswerten Bedenken stehen aber die großen Gefahren gegenüber, die dem Leben und der Gesundheit der Verkehrsteilnehmer drohen, wenn fahruntaugliche Personen am Straßenverkehr teilnehmen. Bei dem Umfang des heutigen Verkehrs überwiegt nach der Ansicht des Gerichts das Interesse daran, fahruntaugliche Personen aus dem Verkehr auszuschalten, gegenüber dem Interesse des Einzelnen und der Allgemeinheit an der Geheimhaltung durch den Arzt. Will ein Arzt in einer solchen Lage nach einem sorgfältigen Abwägen des Für und Wider aus seinem Gewissen heraus dazu beitragen, daß größeres Unheil vermieden wird, so darf ihm das nicht verwehrt werden. Andererseits läßt das Urteil keinen Zweifel daran aufkommen, daß der Arzt zu einer solchen Mitteilung nicht verpflichtet ist und daß ihm kein Vorwurf daraus gemacht werden kann, wenn er sich bei der Interessenabwägung zum Schweigen entschließt.

K. HÄNDEL (Waldhut)

Max Kohlhaas: Hat der Arbeitgeber vom Arbeitnehmer ärztliche Atteste mit Angaben über Diagnostik und Ursachen der Erkrankung einzufordern? Münch. med. Wschr. 111, 159—160 (1969).

Bei Anfragen von Arbeitgebern, deren Beantwortung im Interesse des Arbeitnehmers steht, soll der Arzt nicht allzu ängstlich sein; es ist nicht besonders nützlich, wenn er mit dem Arbeit-

geber einen Streit bezüglich des Berufsgeheimnisses anfähgt. Im vorliegenden Falle wollte der Arbeitgeber wissen, ob die Erkrankung des Arbeitnehmers als Rückfall zu deuten sei; dies war nicht der Fall. Der Arzt hätte daher die Anfrage beantworten können, da sie im Interesse des Arbeitnehmers lag.

B. MUELLER (Heidelberg)

BGB § 823 (Entdeckung einer verborgenen Krankheit bei Verletzung durch Unfall. Das Verbot, den Körper und die Gesundheit eines anderen zu verletzen, soll nicht davor schützen, daß bei einem Unfallverletzten eine bis dahin verborgene Krankheit (hier: Hirnarteriosklerose) entdeckt wird und der Verletzte deshalb früher in den Ruhestand versetzt wird, als es sonst geschehen wäre. Der Schaden, den der Verletzte durch die frühere Pensionierung erleidet, liegt nicht im Schutzbereich des § 823 Abs. 1 BGB und ist daher nicht von dem Schädiger zu ersetzen (Fortbildung von *BGHZ* 27, 137 = *NJW* 58, 1041). [BGH, Urt. v. 7. 6. 1968 — VI ZR 1/67 (Oldenburg).] *Neue jur. Wschr.* 21, 2287—2288 (1968).

K. Wiemers: Unvollständige Beurteilung des präoperativen Gesundheitszustandes und inadäquate Vorbereitung des Kranken. [85. Tag., Dtsch. Ges. Chir., München, 17.—20. IV. 1968.] *Langenbecks Arch. klin. Chir.* 322, 1286—1290 (1968).

A. Potondi and G. Szuchovszky: Tracheotomy and medical responsibility. (Tracheotomie und ärztliche Haftpflicht.) [Inst. Forens. Med., Univ. Med. School, Budapest.] *Med. Sci. Law* 8, 209—211 (1968).

In gewissen lebensgefährlichen Situationen kann für den Arzt die Verpflichtung zur Durchführung einer Tracheotomie bestehen. Nun ist zu bedenken, daß in der Notfallsituation der Eingriff keineswegs immer lebensrettend ist, und daß der Eingriff — vor allem außerklinisch — gefährlich und komplikationsträchtig ist. Forensisch wichtig sind folgende Fälle: Todesfälle bei Atmungshindernissen unter unterlassener Tracheotomie; Todesfälle trotz regelrecht durchgeführter Tracheotomie, und Todesfälle nach fehlerhafter Tracheotomie. Nach Ansicht der Verff. ist das ärztliche Vorgehen nur dann zu beanstanden, wenn mit Rücksicht auf den Einzelfall und das ärztliche Können Unterlassungen nachzuweisen sind.

SCHRÖDER (Hamburg)

ZPO § 286 (Arzthaftpflichtprozeß; hier: Beweislastumkehr). Zur Umkehrung der Beweislast in Arzthaftpflichtprozessen (Nichterkennen einer inneren Blutung nach Blinddarm-Operation). [BGH, Urt. v. 11. 6. 1968 — VI ZR 116/67 (Oldenburg).] *Neue jur. Wschr.* 21, 2291—2293 (1968).

Das Urteil bestätigt die Rechtsprechung, nach der ein Arzt, dem schuldhaft ein grober Behandlungsfehler unterlaufen ist, der geeignet war, einen Schaden der eingetretenen Art herbeizuführen, beweisen muß, daß es dazu auch ohne seinen Fehler gekommen wäre. G. BRÜCKNER

Moderne Ausbildung zum Arzt durch Änderung der Bundesärzteordnung. Dtsch. Ärzteblatt 65, 2943 (1968).

In der geplanten neuen Bestallungsordnung wird die Medizinalassistentenzeit durch das Internatsjahr ersetzt. In der Übergangszeit, in der trotz Erlaß der neuen Bestallungsordnung noch viele Kandidaten nach der alten Bestallungsordnung geprüft werden, bleibt die Medizinalassistentenzahl ganz oder zum Teil erhalten. Die Bundesärztekammer appelliert an den Bundesrat, man solle die Medizinalassistentenzeit auch für die Frist des Überganges von der alten zur neuen Bestallungsordnung völlig streichen, sie sei ein Rückfall in die Zeit des Volontärarztsystems. B. MUELLER

Neufassung der Weiterbildungsordnung verabschiedet. Dtsch. Ärzteblatt 66, 25—36 (1969).

Der Deutsche Ärztetag in Wiesbaden hat im Jahre 1968 die Weiterbildungsordnung (früher Facharztordnung genannt) verabschiedet. Viele Ärztekammern haben sie bereits angenommen. Es gibt jetzt auch einen Arzt für Allgemeinmedizin, fernerhin Fachärzte für Anaesthesie, Pathologie und Pharmakologie. Auf eine Facharztprüfung hat man verzichtet; Krankenhausärzte und niedergelassene Fachärzte bedürfen einer Genehmigung der Ärztekammer, wenn sie an der Weiterbildung beteiligt werden wollen.

B. MUELLER (Heidelberg)

Guillermo Uribe Cualla: Conducta de algunos hospitales y clinicas en relación con la práctica de las autopsias clínicas o anatomo-patológicas. (Wie sich manche Krankenhäuser und Kliniken bezüglich der Ausführung von klinischen und pathologischen Leichenöffnungen benehmen. Vortrag vor der Academia Nacional de Medicina in Bogotá. Gehalten am 10. März 1967.) [Inst. Med. Leg., Bogotá.] *Zacchia* 42, 269—287 (1967).

Manche Kliniken in Columbien gehen so vor, daß sie bei der Aufnahme jeden Patienten einen Revers unterschreiben lassen, nach welchem er mit der Obduktion im Falle seines Todes einverstanden ist. Andere Kliniken und Krankenhäuser führen die Obduktion durch, ohne zuvor die Zustimmung der Angehörigen einzuholen, ja sogar gegen deren Willen. Verf. wendet sich gegen diese beiden Verfahren. Die Vorlage eines Reverses bei der Aufnahme muß als Verstoß gegen das Recht des freien Entschlusses des Patienten angesehen werden; auch aus psychologischen Gründen muß man ein solches Verfahren ablehnen; ein kranker Mensch, der bei Einlieferung in ein Krankenhaus durch Vorlage des Reverses auf die Möglichkeit seines Todes hingewiesen wird, erfährt eine schwere Einbuße seiner Hoffnung und seiner Zuversicht auf Genesung. Klinische und pathologische Obduktionen sollten nicht unternommen werden, wenn die Diagnose klinisch und durch Laboratoriumsuntersuchungen gestellt wurde. Die Patienten sollen nicht zu einer Einwilligung in eine spätere Obduktion gezwungen werden. Nach Meinung von Verf. bedarf jede Obduktion der Zustimmung der Angehörigen, falls ein dem entgegen stehender Wille des Verstorbenen nicht bekannt ist. Vier Juristen, die Verf. anfragte, waren derselben Meinung. Die Gesetze des Staates Columbia enthalten keine genauen Bestimmungen. Auch zwei Reden von Paps Pius XII. werden angeführt; ihre Deutung ist jedoch sehr persönlich.

F. MARTIN (Madrid)

M. Disse: Forensische Probleme bei der primären Wundversorgung. [Inst. Gerichtl. Med. u. Kriminalist., Univ., Jena.] *Med. Bild* 11, 189—190 (1968).

In der DDR gilt die Anordnung über die Meldepflicht bei Verdacht auf strafbare Handlungen gegen Leben oder Gesundheit vom 30. 5. 1967 (Gesetzblatt der DDR 1967, II, S. 360). Danach ist der Arzt verpflichtet, Personen zu melden, die in einem auf eine strafbare Handlung gegen das Leben hindeutenden Zustand ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Die Verpflichtung zur Meldung besteht auch dann, wenn der Verdacht einer strafbaren Handlung gegen die Gesundheit begründet ist, soweit es sich um Kinder oder hilflose Personen handelt. Verf. bringt unter Beifügung guter Abbildungen Beispiele: eine Einschußöffnung mit Beschmauchung und Pulvereinsprengungen in der Umgebung, eine strahlige Platzwunde, von einem Einschuß herrührend, im Textilgewebe, eine Schädelverletzung, die durch die Pinne eines Hammers hervorgerufen wurde, Hämatome, die von einer Kindesmißhandlung herrührten, und geformte gitterförmige Brandwunden, die bei einem Kind durch Anlagen eines Heizofens verursacht wurden.

B. MÜLLER (Heidelberg)

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

B. G. D. Wraxall and B. J. Culliford: A thin-layer starch gel method for enzyme typing of bloodstains. (Eine Dünnschicht-Stärkegelmethode zur Enzymbestimmung an Blutspuren.) [Metropol. Police Forens. Sci. Labor., London.] *J. forens. Sci. Soc.* 8, 81—82 (1968).

Da bei Spurenuntersuchungen oft zu wenig Material zur Verfügung steht, um die Enzyme elektrophoretisch im Stärkegel nach SMITHIES darzustellen, haben die Autoren eine Mikromethode entwickelt, über die CULLIFORD bereits 1967 (*J. forens. Sci.* 7, 131) berichtet hat. In der vorliegenden Arbeit wird besonders darauf hingewiesen, daß die Gelschicht unbedingt eine gleichmäßige Schichtdicke von höchstens 1 mm aufweisen müsse, da sonst Fehlbestimmungen aufträten. Das werde erreicht, wenn man vor dem Aufgießen des Gels schmale Glasstreifen von 1 mm Höhe auf den Rand des Gelträgers lege. Mit einem Spezialschaber könne man dann die über die Randbegrenzung hinausreichende Gelmenge exakt entfernen. Später brauche man die Gelschicht nicht zu schneiden wie bei der herkömmlichen Methode. Über der Brückenverbindung werde das Gel noch mit einer Glasplatte abgedeckt. Das Hämolystat wird mit Hilfe von Baum-