

## Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

- **asmus Finzen: Arzt, Patient und Gesellschaft. Die Orientierung der ärztlichen Berufsrolle an der sozialen Wirklichkeit.** (Medizin in Geschichte u. Kultur. Hrsg. von K. E. Rothschild. Bd. 10.) Stuttgart: Gustav Fischer 1969. X, 168 S. DM 19,80.

Davon ausgehend, daß die ärztliche Berufsethik nicht zeitlos und die Aufgabe der Medizin nicht kulturunabhängig ist, versucht Verf. in der vorliegenden Studie zu zeigen, daß Veränderungen der kulturellen sowie der sozialen Verhältnisse auch eine Umorientierung im Bereich der ärztlichen Ethik bewirken. Als ärztliche Ethik bezeichnet Verf. die vollständige Summe sozialer Normen und Werte, die sich auf das Fühlen, Denken und Handeln der Ärzte und auf die ärztliche Berufsausübung beziehen. Die Beziehungen zwischen ärztlicher Werthaltung und sozialer Umwelt werden ausführlich diskutiert. Das Verhältnis Arzt—Patient ist nie ohne Berücksichtigung des soziologischen Hintergrundes der Gesellschaft zu sehen. Auch die Begriffe „Krankheit“ und „Gesundheit“ sind immer sozial determiniert. Jeder Arzt hat täglich Wertentscheidungen zu treffen, die einem bestimmten Bezugssystem entsprechen müssen. Der Einfluß der Gesellschaft auf die Werthaltung des Arztes kann oft eine Gefahr bedeuten; jedoch werden auch die Möglichkeiten skizziert, wie diese Gefahr überwunden werden kann. — Nach einer Beschreibung der verschiedenen Orientierungspunkte der ärztlichen Werthaltung folgt im ersten Teil eine ausführliche Beschreibung der Beziehung Arzt—Patient—Gesellschaft in verschiedenen historischen Kulturen. Besonders lesenswert sind die Abschnitte über die „Berufsethik der Ärzte in der griechischen Antike“ und die „ärztlichen Werthaltungen der christlichen Krankenpflege des Mittelalters“. Der zweite Teil beschreibt das Arzt—Patient—Verhältnis in der modernen Gesellschaft. In einzelnen Kapiteln sind u. a. folgende Probleme abgehandelt: die ärztlichen Aufgaben in der modernen Gesellschaft, die Berufsrolle des Arztes, die ärztliche Schweigepflicht, die Aufklärungspflicht, die Problematik der Doppelrolle Arzt—Wissenschaftler bei der Durchführung von Menschenversuchen. — Das Buch kann nicht nur jedem Gerichtsmediziner, sondern auch jedem ärztlich Tätigen, der um eine Orientierung seiner Werthaltung in der heutigen Zeit bemüht ist, wärmstens empfohlen werden. Zahlreiche Literaturhinweise ermöglichen einen Rückgriff auf die Quellen und weisen auf weiterführende Werke hin.

R. Eisele (Aachen)

- **József Berényi und Ferenc Kósa: Die Tracheotomie und die Frage der ärztlichen Verantwortung.** Orv. Hetil. 110, 1682—1686 u. dt sch. u. engl. Zus.fass. (1969) [Ungarisch].

Verf. erörtern die mit der Tracheotomie verbundene Frage der ärztlichen Verantwortung aus dem Gesichtspunkte des praktischen Arztes und des ärztlichen Sachverständigen. Bei urgenten Tracheotomien betrifft die Verantwortung den praktischen Arzt; bei prophylaktischen, bzw. präventiven Tracheotomien verteilt sich diese zumeist unter den Mitgliedern einer Ärztegruppe, eines „teams“. Das Versäumen einer lebensrettenden Tracheotomie wird als ein eine strafrechtliche Verantwortung nach sich ziehender Fehler betrachtet. Da bei urgenten Tracheotomien die Gefährdung des Lebens des Kranken neben der lebensrettenden Wirkung der erfolgreichen Operation verschwindet ist, darf sich der Arzt von der Ausführung der Tracheotomie nicht abhalten lassen. Zur Herabsetzung des auch gegenwärtig noch hohen Risikos der urgenten Tracheotomie halten Verff. neben der gesteigerten theoretischen und praktischen Ausbildung der Medizinstudenten auch die Versorgung der praktischen Ärzte und der Fachordinationen mit zeitgemäßen Instrumentbestecken zur Tracheotomie für notwendig.

Zusammenfassung

- **Renzo Celesti e Marco Politi: Tracheotomia e responsabilità professionale del medico. (Tracheotomie und berufliche Verantwortlichkeit des Arztes.)** [Ist. Med. Leg. e Assicur., Univ., Genova.] Med. leg. (Genova) 16, 329—367 (1968).

An Hand von 2 tödlichen Zwischenfällen (Einzelheiten ergeben sich aus der Zusammenfassung in deutscher Sprache nicht) berichten Verff. über die bei der Begutachtung zu beachtenden rechtlichen Gesichtspunkte. Bei Beurteilung des Verhaltens des Arztes ist zu berücksichtigen, daß die Tracheotomie jetzt nicht mehr eine Notmaßnahme darstellt, sondern meist eine therapeutische Schutzmaßnahme. Zu prüfen ist, ob bei der Durchführung der Operation ein Fehler unterlief und ob man Kausalzusammenhang zwischen diesem Fehler und dem Tode nachweisen kann. Hervorgehoben wird die Arbeit von Potondi und Pribilla: Tödliche Komplikationen bei Tracheotomie [diese Z. 5, 40 (1966)].

B. Mueller (Heidelberg)

**Witold Grudziński: Gerichtsmedizinische Beurteilung von Beschädigungen, die durch unsachgemäß vorgenommene Injektionen verursacht wurden.** [Inst. Gerichtl. Med., Univ. Halle u. Inst. Gerichtl. Med., Med. Akad., Szczecin.] Wiss. Z. Univ. Halle, Math.-nat. Reihe 17, 503—506 (1968).

Falls es im Zusammenhang mit einer lokalen Injektionsschädigung zu einem Gerichtsverfahren kommt, soll nach Meinung des Verf. neben dem fachlich zuständigen Kliniker undedingt auch ein Gerichtsmediziner als Sachverständiger hinzugezogen werden. In allen Fällen, die im Institut für gerichtliche Medizin in Szczecin begutachtet worden sind (6 in den letzten 10 Jahren), wurde der Geschädigte durch den Gerichtsmediziner erst klinisch untersucht, was nach Ansicht des Verf. für das Gutachten obligatorisch sein sollte. Verf. schildert diese Fälle und ihre rechtlichen Konsequenzen. Es handelte sich dreimal um Lähmungen des N. ischiadicus nach i. m. Injektionen und dreimal um Komplikationen im Bereich des Ellenbogens nach i. v. Injektionen von Calciumpräparaten. Weiterhin wird erwähnt, daß in Polen im Jahre 1960 die Frage der Verabreichung von Injektionen durch Schwestern insofern geregelt sei, daß nur solche erfahrenen Schwestern i. m. und auch i. v. Injektionen vornehmen dürfen, die vom Direktor der betreffenden Institution eine besondere schriftliche Genehmigung erhalten haben. Einige Medikamente jedoch, wie z.B. Strophanthin, Euphyllin, Urotropin sowie Calciumpräparate könnten nur von Ärzten verabreicht werden. — Verf. schildert außerdem einen Fall aus Halle: Im Dez. 1965 war es nach i. m. Injektion eines nicht ermittelten Medikamentes durch eine Krankenschwester bei einem 11jährigen Knaben zu einer dauernden Lähmung des N. peronaeus gekommen. Die Mutter des Kindes hatte daraufhin einen Arzt der Kurpfuscherei bezeichnet, was zu einem Strafantrag seitens dieses Arztes führte. Das sich anschließende Strafverfahren endete damit, daß der Mutter durch das Kreisgericht Halle im Mai 1967 wegen übler Nachrede ein öffentlicher Tadel ausgesprochen wurde.

Hering (Leipzig)

**M. Reichenbach: Darmverletzungen nach therapeutisch-diagnostischen rectalen Eingriffen.** [Allianz-Versich.-AG., München.] [32. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich.-, Versorg.- u. Verkehrsmed. E. V., Hamburg, 27.—29. 5. 1968.] Hefte Unfallheilk. H. 99, 330—335 (1969).

**W. Bischoff: Die Herbeiziehung ärztlicher Unterlagen zur sozialmedizinischen Beurachtung.** Med. Sachverständige 65, 102—109 (1969).

Die für sozial-medizinische Gutachten erforderlichen ärztlichen Unterlagen seien von Amts wegen beizuziehen, wozu es im Hinblick auf die ärztliche Schweigepflicht des Einverständnisses der betreffenden Beteiligten bedürfe. Dieses Einverständnis befreie den Arzt von seiner Schweigepflicht. Der Berechtigung der Behörden zur Beziehung medizinischer Unterlagen entspreche auf der Gegenseite eine Pflicht zur Herausgabe, soweit es sich nicht um Krankenpapiere zur höchstpersönlichen Verwendung des Arztes handle. In der Unfallversicherung sei der Arzt nach § 1543 d. RVO in jedem Falle — auch ohne Zustimmung des Pat. — zur Auskunft verpflichtet. Diese Auskunftspflicht enthalte grundsätzlich auch die Pflicht zur Herausgabe von Krankenpapieren zur Einsichtnahme. Eine Ausnahme bestehe nur dann, wenn die Herausgabe unzumutbar sei, etwa weil die Aufzeichnungen ihrer Art nach zur höchstpersönlichen Verwendung des Arztes bestimmt seien, etwa wenn sie Forschungsergebnisse enthielten oder einen ärztlichen Kunstfehler erkennen ließen. Nach den Grundsätzen der Rechtsordnung dürfte es kaum zumutbar sein für jemanden, Unterlagen aus der Hand zu geben, die für etwaige gegen ihn gerichtete Schadensersatzansprüche oder für disziplinarische, wenn nicht gar strafrechtliche Verfahren als Beweismaterial verwendet werden könnten. In solchen Fällen wird empfohlen, daß die Behörde sich auf eine Bitte um Auskunftserteilung oder auf eine Zeugenervernehmung beschränkt. Problematisch werde die Pflicht zur Herausgabe auch — trotz Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht —, wenn die Krankenunterlagen Tatsachen enthielten, die für den Prozeß unerheblich seien, deren Offenbarung jedoch aus anderen Gründen unerwünscht sei. Hier erscheine es ratsam, daß der Arzt sich mit dem Pat. in Verbindung setzt. — Zur Frage der Erzwingbarkeit der Vorlage von Krankenpapieren wird ausgeführt: Bei Krankenanstalten komme eine Dienstaufsichtsbeschwerde in Betracht, allerdings nicht, wenn es um Fragen der ärztlichen Schweigepflicht gehe. Außerdem wäre eine Vernehmung des behandelnden Arztes als Zeuge zu erwägen. Schließlich käme eine Erzwingung der Herausgabe im Wege der zivilprozessualen Klage in Betracht. — Die Praxis lehre, daß die Beziehung von Krankenpapieren aus öffentlichen und privaten Krankenanstalten ge-

wöhnlich — anders als die Beiziehung von Krankenunterlagen privater Ärzte — keine nennenswerten Schwierigkeiten bereite. — Zu dem von der Ärzteschaft aus ethischen und humanitären Gründen in Anspruch genommenen Schweigerecht bemerkt Verf., Grundlage dieses Schweigerechts sei die Pflicht des Arztes, seinem Pat. nach Möglichkeit zu helfen und alles zu verhindern, was eine Heilung beeinträchtigen könnte. Dazu könne bisweilen auch gehören, daß der Kranke über seinen wahren Zustand im unklaren gelassen oder vielleicht sogar getäuscht werde. Bedenklich sei es jedoch, diese Täuschung in den Prozeß hineinzutragen. Der Arzt dürfe den Richter nicht als außenstehenden Dritten betrachten, müsse sich andererseits aber auch darauf verlassen können, daß die Tatsachen, deren Kenntnis dem Pat. schaden könnte, diesem nicht bekannt würden.

Schewe (Frankfurt a. M.)

**Heinrich Stiens: Die Adäquanztheorie im Bergschadensrecht.** Neue jur. Wschr. 22, 1376—1377 (1969).

Bergschadensersatzanspruch ist der Ausgleich für die dem Grundstückseigentümer gegenüber dem Bergwerkseigentümer obliegenden Beschränkungen. Gegen die Anwendbarkeit der Adäquanztheorie im Bergschadensrecht waren von Heinemann und Schädlich Bedenken erhoben worden [Neue jur. Wschr. 21, 1425 (1968)]; sie vertraten die Meinung, die in § 148 des Preußischen Allgemeinen Berggesetzes zugesagte „vollständige Entschädigung“ umfasse auch den Ersatz für inadäquate Schadensfolgen des Bergbaues. Maßgeblich für die Entstehung des Bergschadensersatzanspruches sei nicht die Adäquanz des Schadenseintrittes zu der vom Bergbau gesetzten Ursache, sondern die (hypothetische) Abwehrbarkeit des bergbaulichen Eingriffs. Verf. tritt dieser Meinung entgegen und führt Argumente für die Rechtsauffassung an, daß auch im Bergschadensrecht die Adäquanzlehre maßgebend sein müsse. Inadäquate Bergschäden, d. h. solche Schäden, deren bergbauliche Verursachung bei vernünftiger Betrachtung der Dinge nicht mehr als haftungsbegründend angesehen werden können, müßten als entschädigungsfrei hinzunehmende Eigentumsbeschränkungen angesehen werden.

Händel (Waldshut)

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

**Susan R. Hollán, Judith G. Szelényi, Judith H. Breuer, G. Medgyesi and Vera N. Sötér: Differences between the structure and function of human adult and foetal erythrocytes.** (Struktur- und Funktionsunterschiede zwischen menschlichen Fetal- und Erwachsenenerythrocyten.) [Central Res. Inst., Nat. Blood Serv. and Inst. Exp. Med., Hungar. Acad. of Sci., Budapest.] [5. Berl. Symp., Struktur u. Funkt. d. Erythrozyten, Berlin, 18.—21. 9. 1967.] Folia haemat. (Lpz.) 90, 125—133 (1968).

Unsere Kenntnisse der Unterschiede zwischen Fetal- und Erwachsenenerythrocyten sind — trotz zahlreicher bekannter Daten — noch unzureichend und widersprüchlich. Aus diesem Grunde suchten die Autoren nach weiteren strukturellen und funktionellen Charakteristica beider Erythrocytenformen. Sie fanden dabei dünnsschichtchromatographisch keine auffallenden Unterschiede zwischen den hauptsächlichsten Lipiden. Bei Darstellung der Phospholipofraktionen fielen in einigen Fetalblutproben Inositphosphatide auf; ihr Gehalt an Linolsäure war deutlich geringer als bei Erwachsenenerythrocyten. Fetalblutkörperchen besitzen auch höhere elektrophoretische Beweglichkeit. Die Autoren wenden insbesondere eine Modifikation der Methode von Betke und Kleinhauer an, Fetal- und Erwachsenenerythrocyten auf Grund ihrer unterschiedlichen Resistenz gegenüber Harnstoffeinwirkung zu differenzieren. Sie führen die höhere Resistenz der Fetalblutkörperchen nicht auf die Verschiedenheit zwischen Hb A und Hb F, sondern auf Strukturunterschiede der Erythrocytenmembran zurück.

Haferland (Rostock)

**Werner Haas: Kritisch-experimentelle Untersuchungen zum Nachweis von Speichel und Nasensekret und von Epidermis-, Schleimhaut- und Organzellen an Spurenträgern.** [Inst. gerichtl. Med. Marburg.] Marburg: Diss. 1968. 111 S. u. 12 Abb.

Bei einem Schwurgerichtsprozeß in Genf im Jahre 1955 bekundete ein Sachverständiger, er habe einem Stichinstrument noch nach längerer Zeit mit Sicherheit Leberzellen feststellen können; das Opfer war durch einen Leberstich getötet worden. Verf. untersuchte systematisch unter Anwendung von verschiedenen Färbemethoden, wie weit sich Zellen aus dem Speichel, aus der Vagina,