

ihren Beruf gegen Neigung ergriffen hatten, während die Theologen, Mediziner und (zu wesentlich geringerem Prozentsatz) auch die Juristen ihren Beruf mit ausgesprochener Neigung gewählt zu haben angaben. Die befragten Ärzte stammten zu meist aus Kaufmanns-, Landwirts- oder Ärztekreisen. Im einzelnen motivierten sie ihre Berufswahl mit dem Wunsche, „frei“ zu sein; von einigen wurde Interesse für Naturwissenschaft, von anderen das Bedürfnis, zu helfen angegeben. Die Juristen beriefen sich hauptsächlich auf die Aussicht, mit ihrem späteren Berufe eine angesehene äußere Stellung zu erlangen, die Beamten ließen mehr materielle Erwägungen durchblicken. Die Theologen (insbesondere die katholischen) gaben an, schon in früher Jugend den Entschluß zu ihrem Beruf gefaßt zu haben; die übrigen Berufe (außer den Beamten) im Alter zwischen 17 Jahren und dem Abitur, die Beamten zu einem hohen Prozentsatz erst später. Befriedigt fühlen sich in ihrem Beruf nach den Ermittlungen der Verf. am meisten die katholischen Theologen (100%), es folgen der Prozentzahl nach die evangelischen Theologen (96), die Mediziner (93,5), die Lehrer (90,4), die Juristen (87), und die unbefriedigten sind die Beamten (66). *Balthasar (Berlin).*°°

Gesetzgebung. Kriminelle und soziale Prophylaxe. Ärztereht.

● Gütt, Arthur, Herbert Linden und Franz Massfeller: **Blutschutz- und Ehegesundheitsgesetz. Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre und Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes nebst Durchführungsverordnungen sowie einschlägigen Bestimmungen. Medizinisch und juristisch erläutert. Anhang: Reichsbürgergesetz mit Übersichtstafeln und Erläuterungen, wie Erlasse zu den obigen Gesetzen für den Handgebrauch der Standesbeamten, der Gesundheitsämter und Erbgesundheitsgerichte.** München: J. F. Lehmann 1936. XII, 354 S. geb. RM. 9.60.

Mit diesem umfassenden Erläuterungswerk ist allen an der Durchführung des Ehegesundheitsgesetzes und des Blutschutzgesetzes beteiligten Stellen ein Ratgeber an die Hand gegeben, der für sie unentbehrlich sein wird. Aber nicht nur dem Arzt und im besonderen dem Amtsarzt, dem Erbgesundheitsrichter und Standesbeamten wird er über alle Fragen Auskunft geben, sondern er wird auch dazu beitragen, den einzelnen Volksgenossen über den Sinn und die Notwendigkeit der getroffenen Maßnahmen zu unterrichten. Die Fragen, die hier zu erläutern waren, beziehen sich ja nicht allein auf erb- und rassenbiologische Einzelheiten, sondern greifen weitgehend auf das juristische Gebiet über und sind letzten Endes ein überzeugender Ausdruck nationalsozialistischen Tatwillens. Bei den sachlichen Auseinandersetzungen konnten die Erfahrungen, die bei der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses gemacht wurden, nutzbar verwendet werden. Eingehende Darstellungen fanden die einzelnen Verweigerungsgründe, die im Ehegesundheitsgesetz vorgesehen sind, wo hier im besonderen das Gebiet der geistigen Störungen Berücksichtigung fand. Im gleichen Sinne sind die juristischen Fragen, die im Zusammenhang mit der Eheschließung stehen, abgehandelt werden. Mit den Ausführungen über das Blutschutzgesetz und das Bürgergesetz ist über die rechtlichen und biologischen Fragen hinaus zugleich erneut mit Nachdruck auf die Bedeutung der Maßnahmen zur Reinhaltung des deutschen Blutes hingewiesen worden. Auf Einzelheiten einzugehen erübrigt sich, da dieses Werk als die erschöpfendste Darstellung der ihm zugrunde liegenden Gesetze bezeichnet werden muß und deshalb schon in die Hand aller derer gehört, die unmittelbar an der Durchführung der Maßnahmen beteiligt sind. *Göllner.*

Wiessmann, Artur: **Unsere bisherigen Erfahrungen mit der eugenischen Sterilisation. (Bericht über 350 Fälle.)** (*Univ.-Frauenklin., Gießen.*) Zbl. Gynäk. 1936, 2176—2179.

Von Anfang an wurden die Erbkranken in einem gesonderten Krankenzimmer untergebracht, in dem sich eine Wache Tag und Nacht aufhielt. Es konnte so vermieden werden, daß es bei den psychisch labilen Personen zu Streitereien kam. Durch Aufklärung ließen sich die Erbkranken häufig von der Notwendigkeit des Eingriffs

überzeugen. Die Operation konnte bei 73% der Fälle in Lumbalanästhesie durchgeführt werden. Bei Jugendlichen und bei Epileptikerinnen wurde auf die Anwendung der Lumbalanästhesie verzichtet. Der Operation ging eine 2—3 tägige Beobachtungszeit voraus, während der eine gründliche Allgemein- und gynäkologische Untersuchung vorgenommen wurde. Bei 350 Operierten war kein Todesfall zu beklagen (man vergleiche im Gegensatz hierzu die Phantasiezahlen, die von gegnerischer Seite im Ausland verbreitet werden!). Eine Störung im Heilungsverlaufe der Bauchwunde durch unvernünftige Manipulationen bei schwer Geisteskranken konnte durch Anlegung eines gutsitzenden Elastoplastverbandes vermieden werden. Die Komplikationen waren überhaupt gering und beschränkten sich im allgemeinen auf die Störungen, wie sie nach Inhalationsnarkosen unvermeidlich sind (Bronchitiden, Bronchopneumonien) oder geringfügigere Störungen der Wundheilung.

H. Linden (Berlin).

Matuszek, Ernest: Die Realisierung eugenischer Forderungen. Lek. wojsk. 28, 48—52 u. franz. Zusammenfassung 52—53 (1936) [Polnisch].

Fast alle eugenischen Maßnahmen haben bei ihrer Ausführung mit großen Schwierigkeiten zu rechnen, die mit der falschen Bewegungsrichtung unserer Zivilisation verbunden sind: eine Realisierung eugenischer Forderungen ist deswegen nur bei sittlich-moraler Wiedergeburt der Gesellschaft, insbesondere seiner führenden Kreise, zu erwarten.

Adamski (Kattowitz).

Wolf, Ch.: Aspect actuel du problème de la stérilisation eugénique. (Zeitgemäße Betrachtung zur Frage der eugenischen Unfruchtbarmachung.) Presse méd. 1936 II, 1228—1232.

Verf. geht von der Klärung und Abgrenzung der Begriffe Sterilisation und Kastration aus, bespricht die Anzeigen der Sterilisation nach medizinischen, sozialen und eugenischen Gesichtspunkten und das, was sich aus diesen Gedankengängen an Gesetzgebung entwickelt hat. Nach einem kurzen Überblick über sie erwähnt er deren Werdegang, besonders in Amerika, wo seit 1917 $\frac{2}{3}$ der Staaten von USA. Sterilisationsgesetze (mit Zwang) entwickelt haben, die sich auf Verbrecher und Angehaltene beschränken, in $\frac{1}{3}$ die Anwendung auch auf andere zugelassen ist. Über die Gesetzgebung des Kantons Waadt sei der Gedanke nach Europa gekommen und bezeichnenderweise beginnen sich die Bedenken des Verf. erst bei dem deutschen Gesetze zu regen. Nach einem Überblick über die Gesetze von Dänemark, Finnland, Norwegen, Schweden, die in den Jahren 1929—1935 entstanden, bespricht er die wissenschaftlichen Grundlagen der Erbforschung und die ihnen entsprungenen Gesetze und findet sie nur für Schwachsinn, nicht aber für Schizophrenie und Epilepsie genügend gesichert, wobei er sich auf Bonhoeffer und seine Schule und seinen „Gegensatz“ zu den „offiziellen Kommentatoren“ (Gütt, Rüdin, Ruttke) beruft. Bei dem manisch-depressiven Irresein fürchtet er die Ausschaltung der Hochwertigen. Er gibt — wohl nicht ohne Absicht — schweizer, californische und deutsche Zahlen hintereinander und findet, daß die deutsche Anwendung eine zu radikale ist und die Gefahr einer Entvölkerung mit sich bringen könnte. Gleich darauf glaubt er aus dem Erfolge der positiven bevölkerungspolitischen Maßregeln der deutschen Regierung mit der daraus entspringenden „unbegrenzten Vermehrung“ die Gefahr eines Eroberungskrieges so ganz nebenbei ableiten zu müssen. Der Verf. bringt es zustande, unter dem Anschein von Objektivität, offenbar rein aus Besorgnis um die Zukunft des deutschen Volkes und die Freiheit der Berufsausübung der deutschen Ärzte, ein ganz schiefes Bild von der die Arbeit der Welt auf dem Gebiete der eugenischen Sterilisation maßgeblich beeinflussenden Anwendung des deutschen Gesetzes zu geben. Ein nicht mehr ganz neues Vorgehen, das man — mäßig interessiert, aber sonst unberührt — zur Kenntnis nimmt.

Neuffer.

Neureiter, Ferdinand v.: Der Verlust des Gesichtes und Gehöres im § 441 des lettländischen Strafgesetzbuches. (Gerichtl.-Med. Inst., Univ. Riga.) Rigasche Z. Rechtswiss. 9, 164—170 (1936).

§ 441 des lettländischen Strafgesetzbuches behandelt u. a. „Verlust des Gesichtes“

und „Verlust des Gehöres“. Diese Begriffe sind durch einen 1922 von Taganzeff herausgegebenen Kommentar unnötig und auch nach ärztlicher Auffassung falsch ausgelegt; denn es soll danach auch der Verlust des Sehvermögens nur auf einem Auge (s. im Deutschen Str.G.B. § 224) bzw. des Hörvermögens nur auf einem Ohr gleich schwer wie der völlige Verlust dieser Sinne gewertet und bestraft werden. Unter Darlegung der in Lettland, Deutschland, Österreich und der Schweiz geltenden versicherungsrechtlichen Bestimmungen wird aufgezeigt, daß diese Auslegung des § 441 durch den Kommentator T. keineswegs ärztlicher Anschauung entspricht und auch über den ursprünglichen Wortsinn der im Gesetz gebrauchten Ausdrücke hinausgeht. Es wird noch auf die einzige Möglichkeit der Anwendung dieser von T. kommentierten Auslegung hingewiesen, nämlich dann, wenn es sich um eine Person handelt, die bereits früher ein Auge oder das Hörvermögen auf einem Ohr eingebüßt hatte und nun durch die zur Aburteilung stehende Verletzung blind oder taub geworden ist. *Jungmichel.*

Müller, Hans Joachim: Kraftverkehrsunfälle in den Jahren 1925—1935. (*Chir. Univ.-Klin., Würzburg.*) Mschr. Unfallheilk. **43**, 560—568 (1936).

Den angeführten Zahlen liegt das Krankengut der Chirurgischen Klinik Würzburg zugrunde. Entsprechende absolute Zahlen fehlen leider; auch ist auf andere ähnliche Arbeiten im Schrifttume nicht eingegangen. Die Einteilung ist vorgenommen nach der Art der Verkehrsteilnehmer; so entfielen 14,5% auf Autounfälle, 47,2% auf Motorradunfälle, 24,3% auf Fußgänger und 14,0% auf Radfahrer. Für diese einzelnen Arten sind Verhältniszahlen für eine Reihe von Verletzungen angeführt. Lediglich bei Autounfällen stehen die Weichteilverletzungen am Kopf an erster Stelle, sonst die Verletzungen an den unteren Gliedmaßen. Auffallend ist, daß nur in sehr wenig Fällen Alkoholgenuß als Schuldfrage in der Würzburger Chirurgischen Klinik vorgekommen ist (s. Müller-Heß und Hallermann für Deutschland, Hindmarsch für Schweden und Poppe für Norwegen). — Es werden dann noch die bekannten Vorschläge wiederholt, durch deren Durchführung die Zahl der Unfälle herabgesetzt werden soll. Fraglos ist nach wie vor die Hauptursache für die hohe Zahl der Verkehrsunfälle zu schnelles Fahren, danach Unübersichtlichkeit oder schlechter Zustand der Straßen.

Jungmichel (z. Z. Heidelberg).

Gafaer, William M.: Mortality from automobile accidents among children in different geographic regions of the United States, 1930. I. Studies on the fatal accidents of childhood. (Die Kindersterblichkeit durch Kraftwagenunfälle in verschiedenen geographischen Gebieten der Vereinigten Staaten im Jahre 1930. I. Untersuchungen über tödliche Unfälle in der Kindheit.) (*U. S. Public Health Serv., Washington.*) Publ. Health Rep. **1936**, 1083—1090.

Es werden folgende Lebensalter berücksichtigt: Unter 1, 1, 2, 3, 4, unter 5, 5—9, 10—14 Jahren, verglichen wird die Sterblichkeit der Kinder durch Autounfälle mit der durch andere Unfälle und der Sterblichkeit an Masern, Scharlach und Diphtherie. An Unfällen verstarben 1930 22044 Kinder, an den 3 genannten Krankheiten dagegen 10629. Nur für die einjährigen Kinder liegt das Verhältnis der beiden Todesursachen etwa bei 1:1. Die Art der Unfälle ist durch das Lebensalter bedingt. Während unter 1 Jahr mechanische Erstickungen und in den ersten 2 Lebensjahren Verbrennungen führen, erreichen im 3. Lebensjahr die tödlichen Kraftwagenunfälle die Zahl der tödlichen Verbrennungen — die Zahl der Todesfälle durch beide Ursachen entspricht etwa der an Diphtherie —, und im 4. Lebensjahr führen bereits die Automobilunfälle. Auf 100000 Todesfälle bei Kindern wurden für die Altersgruppen 3, 4 und 5—9 Jahre die Zahlen 17,6, 19,2 und 18,3 ermittelt, für 10—14 Jahre liegt die Zahl der Todesfälle durch Kraftwagen mit 10,9 dagegen erheblich niedriger. Für den regionalen Vergleich wurden die 47 Staaten und der Distrikt Columbia in 4 Gebiete eingeordnet, nur im Südosten wurden die Zahlen für Weiße und Farbige getrennt angegeben.

Die den deutschen Leser weniger interessierenden Einzelheiten müssen im Original eingesehen werden. In einem weiteren Abschnitt werden die durch Kraftwagen bei Kindern

verursachten Todesfälle in Beziehung zu der Zahl der registrierten Kraftwagen und des verbrauchten Treibstoffes gesetzt. Während bei einer Zusammenstellung der tödlichen Automobilunfälle bei Kindern unter 15 Jahren folgende Reihenfolge ermittelt wurde: Nordosten 17,4, Westen 16,1, Mittelnord 14,8 und Südosten 9,1 änderte sich diese Reihenfolge wenn die Mortalität mit 100000 registrierten Kraftwagen und 50 Millionen Gallonen verbrauchten Treibstoffes in Beziehung gesetzt werden, nämlich wie folgt: Nordosten 24,4 bzw. 20,5, Südosten 22,1 bzw. 18,8, Mittelnord 16,4 bzw. 15,8 und Westen 13,5 bzw. 12,1. *Estler* (Berlin).

Binswanger, Herbert: Psychiatrische Gesichtspunkte zum Art. 9 des Bundesgesetzes über den Motorfahrzeug- und Fahrradverkehr. Erteilung des Führerausweises. (*Psychiatr. Klin., Univ. Zürich.*) Schweiz. med. Wschr. 1936 II, 633—640.

Der Führerausweis für Motorfahrzeuge darf nicht erteilt werden an Personen, die nicht urteilsfähig oder durch körperliches oder geistiges Gebrechen an der sicheren Führung des Fahrzeuges behindert sind; ebenso sind Personen auszuschließen, die dem Trunke ergeben sind oder die aus anderen durch die Bewilligungsbehörde zu überprüfenden Gründen nicht geeignet erscheinen. Bestehen bei der Führerprüfung Zweifel an der körperlichen oder geistigen Eignung, so ist der Bewerber zur Untersuchung an einen von der Behörde zu bestimmenden Arzt zu weisen. Die Behörde kann eine psychotechnische Prüfung anordnen. Bewerber im Alter von über 65 Jahren müssen sich stets einer Untersuchung unterziehen. Die Behörde kann im Einzelfall die Beibringung eines Leumundszeugnisses und eines Strafregisterauszugs verlangen. Die auf Anregung des Eidg. Justiz- und Polizeidepartements in Bern vom Centralvorstand der Verbindung der Schweizer Ärzte bestellte vorberatende Kommission forderte für die Erteilung des Ausweises: keine Nerven- und keine Geisteskrankheiten, insbesondere keine Epilepsie und keine epileptiformen Anfälle, kein Alkoholismus, kein Morphinismus, kein Cocainismus. Der negative Ausfall der Wassermannschen Blutprobe ist die *Conditio sine qua non* zur Erteilung des Führerausweises. An die Führer von Gesellschaftswagen seien die höchsten Anforderungen zu stellen. Auf Grund der obigen gesetzlichen Bestimmungen wird der Begriff der Urteilsfähigkeit eingehender besprochen und zu den einzelnen Krankheitsformen Stellung genommen.

Germanus Flatau (Dresden).°°

Kenyeres, Balázs: Ärzte in der Rechtsprechung. Orv. Hetil. 1936, 743—749 [Ungarisch].

Zunächst zählt Verf. alle die Rollen auf, in denen der Arzt in Zivil- und Strafsachen vor Gericht zu tun haben kann, als Kläger, Beklagter, Zeuge usw. Kurz erwähnt er die Rolle des Klägers, wenn sich der Arzt die Entlohnung für seine Arbeit einklagen muß und die des Beklagten, wenn er auf Schadenersatz geklagt wird wegen vermeintlicher Kunstfehler. Geschichtlich zählt er auf, daß man schon lange einsah, wie man nicht ohne Ärzte bei Gericht zurechtkäme und erwähnt die Jahre, in denen bei den verschiedenen Gerichtsbehörden die Zuziehung der Ärzte geregelt wurde. Weiter erwähnt er durch Aufzählen von Einzelbeispielen, daß es nicht nur nötig war und auch weiter nötig sei, besondere Gerichtsärzte an besonderen Instituten auszubilden, sondern daß man auch nach Möglichkeit nur solche ausgebildeten Gerichtsärzte in allen wichtigeren Fällen heranziehen solle. Er erwähnt, wie sich diese Erkenntnis in Deutschland, Holland, Belgien und auch Amerika durchsetzte. Wieder mit Beispielen belegt, erörtert er die Pflichten der Gerichtsärzte, die hauptsächlich Fehlerquellen bei ihren Arbeiten, dann gibt er Anweisungen, wie der Arzt nur der Wahrheit dienen und berechnete Gefühle schonen soll. Er bespricht die Erfordernisse einer ordentlichen Führung von Leichenöffnungen und gibt immer wieder Belehrungen über das richtige Verhalten gegenüber Juristen, Kollegen und der Bevölkerung. Wenn er mit Bedauern davon spricht, daß sie von Obduktionen mit Kolbenstößen ferngehalten werden müßte und mit Sensen bewaffnet die Kommissionen erwartete, so ist das nur für den überraschend, der Land und Leute nicht kennt. Aber was der Verf. über die menschliche Seite seiner Tätigkeit und allgemeinärztliches Verhalten und ärztliche Grundsätze sagt, ist durchaus beherzigenswert, und die Schilderung seiner Fälle zeigt die Lebendigkeit

und Lebensnähe des volksverbundenen Praktikers. So ist der Aufsatz auch für uns durchaus wertvoll, weil er zeigt, daß die ärztlichen Grunderfordernisse unter grundverschiedenen äußeren Verhältnissen doch immer die gleichen bleiben. *Neußer.*

Neukamp, Franz: Das ärztliche Berufsgeheimnis nach der Reichsärzteordnung. Klin. Wschr. 1936 II, 1106—1110.

Unter ausführlicher Berücksichtigung des neuen, seit Inkrafttreten der Reichsärzteordnung am 1. IV. 1936 erschienenen Schrifttums und unter vergleichender Betrachtung mit der früheren Auslegung werden die neuartigen Gesichtspunkte im ärztlichen Berufsgeheimnis eingehend erörtert (§ 13 R.Ae.O.). Insbesondere wird hervorgehoben, daß Angehörige und Hausgehilfen des Arztes nur dann zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, wenn sie „berufsmäßig tätige“ Gehilfen des Arztes sind, z. B. in der Sprechstunde oder bei der Führung der Krankenblätter helfen. Aber auch sonst erscheint es angebracht, den Angehörigen und Hausgehilfen Verschwiegenheit nahezu legen. Daß Studenten, „die zur Vorbereitung auf den Beruf an der berufsmäßigen Tätigkeit teilnehmen“, heute der Schweigepflicht unterstehen, ist bekannt. Wie weit dieser Kreis sich gelegentlich erstreckt, wird an Beispielen erörtert; ebenso die Schweigepflicht der Erben eines verstorbenen Arztes. Auch ein Arzt, der seine Bestallung verliert oder darauf verzichtet oder dessen Bestallung zurückgenommen wird, unterliegt weiterhin der Schweigepflicht. Ein sehr scharfer Unterschied wird zwischen den Ärzten und „Kurfuschern“ gemacht; „das Berufsgeheimnis mit seinen Rechten und Pflichten wird weiterhin ein Nobile officium des Arztes sein“. Auf die Bestimmungen des Zeugnisverweigerungsrechtes im Zivil- und Strafrecht wird hingewiesen. Der Bruch des Berufsgeheimnisses ist heute nur nach Erfüllung von mindestens zwei Voraussetzungen zulässig: der Pflichterfüllung und der Güterabwägung. Als Beispiel wird ein Fall von „Führerflucht“ gebracht, in dem der Arzt auf Benachrichtigung durch Polizei, Radio u. ä. durch etwaigen Bruch seines Berufsgeheimnisses zur Ermittlung des Täters beitragen darf. Grundsätzlich sollte sich der Arzt in einem Zivilrechtsstreit den Standpunkt von Kallfelz (Das ärztliche Berufsgeheimnis nach der Reichsärzteordnung, Jur. Wschr. 1936, 1343ff.) zu eigen machen; er bemerkt, daß hier, wenn es sich nur um geldliche Interessen, nicht um Fragen der Ehe, Rasse, des Familienstandes handle, ein anderer Maßstab anzulegen sei, als im Strafverfahren, wo es auf die Aufklärung schwerer Verbrechen ankomme (s. § 139 R.Str.G.B.). Die weiteren Ausnahmen im Gesetze zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (§ 9), im Feuerbestattungsgesetz vom 15. V. 1934, im Sterilisationsgesetz vom 14. VII. 1933 und in seinen verschiedenen Ausführungsverordnungen, im Ehegesundheitsgesetz vom 18. X. 1935 und in den Seuchengesetzen werden kurz erwähnt. Es ist genügend Vorsorge getroffen, daß bei Auskünften zu den eben angeführten Gesetzen kein Mißbrauch mit der ärztlichen Auskunft getrieben werden kann. Deshalb ist der Kreis der Behörden, denen Auskunft erteilt werden muß, und die ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, eng umrissen. Nach wie vor kann strafrechtlich nur die vorsätzliche Verletzung der Geheimhaltungspflicht auf Antrag geahndet werden (Antragsfrist 3 Monate, Höchststrafe bis zu 1 Jahr Gefängnis und Gelstrafe oder eine dieser beiden Strafen). Die fahrlässige Verletzung der Schweigepflicht kann und wird in wichtigsten Fällen nach § 51 R.Ae.O. berufsgerichtlich geahndet. Die Vorschriften des § 13 R.Ae.O. finden auf Zahn- und Tierärzte nur Anwendung, wenn diese ebenfalls die Bestallung als Arzt besitzen; sonst unterliegen sie nicht der Schweigepflicht; sie dürften auch nicht zur Verweigerung des Zeugnisses nach Z.P.O. und Str.P.O. berechtigt sein. *Jungmichel* (Heidelberg).

Sommer, P.: Unzulässige Zurückweisung eines ärztlichen Sachverständigen in einer Strafsache. Dtsch. Ärztebl. 1936 II, 1090—1091.

Verf. nimmt als Richter zu der Frage Stellung, ob das Gericht im Strafverfahren die Vernehmung eines ärztlichen Sachverständigen ablehnen darf, der die Glaubwürdigkeit eines Zeugen begutachten soll, insbesondere wenn dieser Sachverständige von

der Verteidigung in der Hauptverhandlung angeboten wird. Er verneint diese Frage und stimmt damit einem Urteil des Reichsgerichts vom 1. II. 1935 (1 D 1387/34) zu, das die Ablehnung für unzulässig erklärt, wenn die Anbietung des Sachverständigen nicht einen offenbaren Mißbrauch, d. h. „ein unlauteres, auf verfahrensfremde Zwecke gerichtetes Verlangen“ darstellt. Es handelte sich um einen Fall, in dem ein wegen Sittlichkeitsvergehens an Schülerinnen angeklagter Lehrer darauf bestand, daß ein ärztlicher Sachverständiger bei der Vernehmung der Schülerinnen zugegen sein und daraufhin ihre Glaubwürdigkeit begutachten dürfe. Zwei gleichartige Fälle bringt S. aus seiner eigenen richterlichen Erfahrung vor, in denen sich ebenfalls die Urteilsfähigkeit des Juristen und der Laienbeisitzer nicht als ausreichend erwies, sondern nur durch Zufälle die Glaubwürdigkeit solcher jugendlichen Zeuginnen erschüttert wurde. In dem einen Falle hatte eine 10—12jährige Schülerin nur aus Geltungssucht falsch ausgesagt, im anderen Falle hatten 3 Mädchen sich übereinstimmend zu der falschen Aussage gegen den Lehrer verleiten lassen, weil ein vernehmender Polizeibeamter ungeschickterweise ihnen für die Aufklärung eines tatsächlichen von einem anderen Täter an ihnen begangenen Vergehens eine Belohnung versprochen hatte.

Heinrich Haackel (Berlin).

Kernbach, M.: Das Problem der ärztlichen Verantwortlichkeit und die Uterus- und Gedärmeperforationen bei Aborten mit drei persönlich beobachteten Fällen. (*Inst. Med.-Leg., Univ., Cluj.*) *Endocrin., Gynec. și Obstetr.* 1, 301—329 u. dtsch. Zusammenfassung 330—331 (1936) [Rumänisch].

Verf. unterscheidet zwischen 3 verschiedenen Arten von Uterusperforationen: 1. Uterusperforationen bei normalem Genitale, 2. bei krankhaft verändertem Uterus mit Verletzung der Därme, 3. Perforationen infolge Ignoranz. Die beiden ersten Kategorien bedeuten keine forensische Belastung des Arztes, wenn die Verletzung rechtzeitig erkannt und zur Behandlung gebracht wird, wohl aber die 3. Gruppe. Aus einer Zusammenstellung von 3 selbst beobachteten Fällen wird der einer 18jährigen I-para besonders hervorgehoben. Hier war es an der Stelle eines malignen Chorion-epithelioms zur Perforation des Uterus und mehrfachen Verletzung des Ileums gekommen, auch war eine Darmschlinge durch die Perforationsöffnung hindurchgezogen worden. Die Patientin ist sofort eingeliefert und operiert worden, starb aber nach 10 Tagen an Peritonitis. Verf., der als Sachverständiger den Fall zu beurteilen hatte, hat im Einvernehmen mit 6 Professoren der gerichtlichen Medizin in Deutschland, Österreich, Italien und Frankreich die deontologische Verantwortlichkeit des behandelnden Landarztes abgelehnt, da ein komplizierender Tumor vorlag und die Patientin sofort nach Erkennung der Verletzung von ihm in ein Sanatorium überführt wurde.

H. Kraatz (Berlin).

Warneyer: Röntgenshäden im Spiegel des Rechts. *Chirurg* 8, 331—335 (1936).

Der Aufsatz bringt einen erschöpfenden Überblick über die reichsgerichtliche Rechtsprechung. Zunächst werden Versehen bei der Durchleuchtung oder Bestrahlung behandelt. Neben der Haftung des Arztes für sein eigenes Verschulden spielt dabei die Mithaft für das Versehen des Hilfspersonals, namentlich der Röntgenschwester, eine Rolle. Die Einzelfälle, mit denen sich das oberste Gericht zu beschäftigen hatte, haben eingehende Berücksichtigung gefunden. Den Gerichtsarzt würde vielleicht ein ausführlicherer Hinweis auf das Reichsgerichtsurteil vom 3. September 1935 (*Jur. Wschr.* 1935, 3460) interessiert haben, in dem die Verantwortlichkeit für die Innehaltung aller Weisungen betont worden ist, die in dem von der Deutschen Röntgengesellschaft im Jahre 1924 herausgegebenen Merkblatt enthalten sind. In einer zweiten Gruppe behandelt der Verf. die Schädenprozesse wegen Unterlassung oder Unvollständigkeit einer Röntgenuntersuchung. Den dritten Abschnitt widmet er der Haftbarkeit für Nebenerscheinungen, namentlich für die Folgen einer zwecks Röntgenologie verabfolgten intravenösen Einspritzung. Für die Rechtslage des Militärarztes darf noch ergänzend bemerkt werden, daß bei allen dienstlichen Handlungen oder Unter-

lassungen regelmäßig die Haftung des Staats an die Stelle der Haftbarkeit des Militärarztes tritt, der seinerseits wiederum dem Reiche für den Schaden aufkommen muß, den es dem Verletzten leistet. Außerdem darf nicht übersehen werden, daß bei Dienstbeschädigung von Soldaten normalerweise die Versorgung alle Ansprüche des Verletzten abgilt. *Wagner (Berlin).*

Kallfelz, Walter: Zur Frage der Haftpflicht des Arztes bei Röntgenverbrennungen. Dtsch. med. Wschr. 1936 II, 1514.

Es werden 2 neue Reichsgerichtsentscheidungen (Jur. Wschr. 1935, 3540 und 3460) mitgeteilt, deren Kenntnis und Beachtung für jeden Röntgenarzt von größter Bedeutung ist. Der Arzt kann sich von der Haftpflicht selbst bei der Ausübung der Röntgenbehandlung durch eine sorgfältig ausgebildete Röntgeschwester nur dann entziehen, wenn er den Nachweis führt, daß er sowohl bei der Auswahl der Hilfsperson wie bei ihrer Leitung die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet hat, oder daß der Schaden auch bei Beobachtung dieser Sorgfalt entstanden sein würde. Der Arzt dürfe nie vergessen, daß er allein der Behandelnde und die Schwester nur Hilfskraft sei, für deren Tätigkeit er fast stets die volle Verantwortung trage. Die Röntgeschwester bedarf also der dauernden Überwachung und Leitung ihrer Tätigkeit durch den Arzt. In der zweiten Entscheidung war dem Nichtfachröntgenarzt das 1924 von der Deutschen Röntgengesellschaft herausgegebene Merkblatt nicht bekannt, und schon darin wurde vom Reichsgericht eine Fahrlässigkeit des Arztes erblickt. Es wird hier auch darauf hingewiesen, daß länger dauernde Röntgendurchleuchtungen, z. B. Magen-Darm-Durchleuchtungen, in kürzerer Zeit nicht stattfinden dürfen, und daß der Arzt sorgfältig jedesmal zu prüfen hat, ob und welche Röntgenbehandlung oder -durchleuchtung vorher schon stattgefunden hat. Das gleiche gilt für die Radiumpräparate. *Nippe (Königsberg i.Pr.).*

Grenzen der berufsgenossenschaftlichen Haftung bei Ärzten. Med. Klin. 1936 II, 1235.

Die für die Ärzte zuständige Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, BG. 69, haftet grundsätzlich für alle Betriebsunfälle, die Versicherten bei versicherungspflichtigen Ärzten zustoßen. Neben dem plötzlichen, nur einen verhältnismäßig kurzen Zeitraum umfassenden Ereignis, das einen körperlichen Schaden bewirkt, wird ein Betriebsunfall auch dann angenommen, wenn ein gesundheitsschädigendes Ereignis durch dauernde Einwirkung eines bestimmten Vorganges auch im Zeitraum von einigen Stunden hervorgerufen wird. Ein Betriebsunfall ist also gegeben, wenn sich jemand eine anscheinend leichte Verletzung zuzieht, die später eine Blutvergiftung zur Folge hat, er liegt dagegen nicht vor, wenn ein längere Zeit bestehendes Leiden anläßlich einer besonderen Arbeitsleistung plötzlich zum Durchbruch kommt. Immer ist jedoch zur Annahme eines Betriebsunfalles erforderlich, daß der Unfall in einem inneren Zusammenhang mit der Beschäftigung bei einem versicherten Arzt steht. Nicht nur Unfälle, die sich aus der besonderen Natur des Arztberufes ergeben, Verletzen an medizinischen Instrumenten, durch Mithilfe bei Operationen, durch Umgang mit Medikamenten, durch Infektionen u. dgl., sondern auch Unfälle, wie Ausrutschen einer Sprechstundenhilfe auf ebener Erde, ist ein versicherungspflichtiger Unfall, wenn er Folgen hat. Dabei ist in diesem Zusammenhang die Feststellung wichtig, daß nach neuer Rechtsprechung des RVA. Unfälle, die sich bei Gemeinschaftsveranstaltungen ereignen, dann versicherungspflichtig sind, wenn es sich um eine von einer Parteistelle veranlaßte Veranstaltung handelt. Auch für den Arztangestellten gilt der Wegeunfall mit der üblichen Einschränkung, daß ein mitwirkendes Verschulden des Versicherten den Schadensersatz aufhebt. Die Leistungspflicht der BG. 69 erstreckt sich, wie auch sonst die Entschädigungen der BG.en, nur auf die der Wiederherstellung dienende Pflege, der Stellung von Arzneien und sonstigen Hilfsmitteln, von Körperersatzstücken, auf Berufsfürsorge und schließlich auf Rente, die der Einbuße an Erwerbsfähigkeit entsprechen muß. Für Sachschäden haftet die

B.G. nicht, auch nicht für Ersatz an Lohn oder Gehalt, der vom Arzt an den Verletzten zu zahlen ist. • Betriebsunfälle werden auch dann entschädigt, wenn eine verletzte Artzangestellte den Unfall selbst verschuldet hat, ferner auch, wenn sie den im Arztberuf geltenden Unfallverhütungsvorschriften zuwiderhandelt. Die Berufsgenossenschaftshaftung kommt immer nur den versicherten Angestellten zugute, tritt jedoch niemals für einen dem Arzt als Folge eines Betriebsunfalles entstandenen Schaden ein.

Nippe (Königsberg i. Pr.).

Versicherungsrechtliche Medizin und Gewerbehygiene.

Heydt, A. von der: Epilepsie und Invalidität. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Königsberg i. Pr.*) Dtsch. med. Wschr. 1936 II, 1429—1432 u. 1467—1469.

An Hand eines Materials von 100 Epilepsiefällen der Landesversicherungsanstalt Ostpreußen geht Verf. den Fragen nach: „Wann wird ein Epileptiker invalide, und wie lange dauert die Invalidität“? Es konnte festgestellt werden, daß rund $\frac{1}{3}$ der Fälle zwischen dem 24. und 31. Lebensjahr und bis zum 40. Lebensjahr sogar 68% (in Baden 50%) invalidisiert waren. Das Durchschnitts-Invalidisierungsalter betrug 34,6 Jahre. Der Epileptiker fällt also schon im besten Mannesalter auf dem Arbeitsmarkt aus. Für alle vorzeitig Invalidisierten beträgt der Reichsdurchschnitt 63,3 Jahre. 64% der Epileptiker wurden älter als 50 Jahre, 41% sogar älter als 60 Jahre. Das Durchschnitts-Sterbealter der invalidisierten Epileptiker betrug 56,4 Jahre. Aus den Jahren 1910—1913 haben insgesamt 19% seit mehr als 20 Jahren Rente bezogen. Nur etwa $\frac{1}{4}$ war später in Anstalten. Ein Vergleich mit anderen Statistiken über Epilepsie legt die Annahme nahe, daß es sich bei den Fällen im Rahmen der Invaliditätsbegutachtung um eine Auslese handelt, insofern als diese Formen leichter zu sein scheinen. Schließlich werden noch einige allgemeine Gesichtspunkte für die Begutachtung von Epileptikern besprochen.

Dubitscher (Berlin).

Roubal, Jan: Klopferkrankheit. Čas. lék. česk. 1936, 327—328 [Tschechisch].

Autor verweist auf seine ausführliche Behandlung dieser Berufskrankheit in Nr. 22 des Jahrganges 1929 der Čas. lék. česk. und fügt ihr einige Bemerkungen hinzu. Die Erkrankung gehört in die Gruppe der Angioneurosen und entwickelt sich durch Einwirkung rascher, kurzer, fester vibrierender Stöße, die von der Maschine auf die Hand übertragen werden. Unter Einwirkung von Kälte kommt es zu einer Anämisierung der Finger, dem Gefühl des Totseins, die Finger sind steif bei normaler Beweglichkeit. Nach kurzem Aufenthalt in der Wärme, schon nach wenigen Minuten, geht die Anämie in intensiv rote Hyperämie über, die Haut fühlt sich warm an, wärmer als an den übrigen Stellen. Niemals konnte Verf. bei seinen Fällen trophische Störungen sehen, allerdings war unter den Untersuchten keiner um 50 Jahre alt. Es handelt sich offenbar bei der Erkrankung um eine Schädigung der Gefäßnerven und zwar der arteriellen, welche auf Wärmeeinflüsse pathologisch reagieren. Bei wuchtigeren, in größeren Pausen sich wiederholenden Stößen wurde die erwähnte Gefäßstörung nicht beobachtet. Auch durch Arbeiten an Schustermaschinen konnten die beschriebenen Veränderungen in der Mehrzahl nicht beobachtet werden. Subjektiv treten allerdings verschiedene Parästhesien auf. Ein Arbeiter, der 7 Jahre Schuhsohlen annagelte, bekam bei längerem Hochhalten des Armes steife Finger, in der Nacht hat er kein Gefühl in den Fingerballen und im Winter sind die Finger unbeweglich. Objektiv war nichts feststellbar. Auch bei einem Stepper fanden sich Parästhesien ohne objektiven Befund. Hinsichtlich therapeutischer Beeinflussung wird hervorgehoben, daß warme und kalte Wechselbäder eine gewisse subjektive Besserung hervorrufen, durch Injektion mit Kalligrein konnte Verf. keine Besserung beobachten. Dagegen wurde bei einem Arbeiter, der seit mehreren Jahren Schuhe klopft und Anämisierung und Sensibilitätsverlust der Finger bei einwirkender Kälte zeigte, beobachtet, daß nach Injektion von 1 ccm Kathesin (Bromocholin) innerhalb 10 Minuten die Anämie schwand, obwohl er weiter der Kälte ausgesetzt blieb. Nach weiteren 3 in 3tägigem Intervall