

## **Kunstfehler, Ärztereht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung.**

**C. Ebbli, V. Foght-Nielson und A. Longhino: Herzstillstand bei Abdomenoperationen.** [I. afd., Kommunehosp., København.] Nord. Med. 47, 657—660 u. engl. Zusammenfassung 660 (1952) [Dänisch].

Der Herzstillstand während einer Operation ist ein Problem, mit dem sich der Operateur heute intensiver befassen muß, da durch die häufige Anwendung intratrachealer Intubation insbesondere bei größeren intrathorakalen Eingriffen die Operationsindikation gegenüber früher wesentlich erweitert wurde. Unmittelbare Ursachen während der Operation sind: Anoxie und Hypoxie, die Wirkung der verschiedenen Anaesthetica auf Herz und Kreislauf, so z. B. Sensibilisierung des Herzens mit Arrhythmie durch Cyclopropan und Chloräthyl, depressive Wirkung der Barbitursäure auf das Myokard usw. und nicht zuletzt die Reflexe verschiedener Art mit Veränderung des EKG. — Reflektorischer Herzstillstand nach beendigter Operation trat während der Extubation oder bei der Extubation unmittelbar nach der vorausgegangenen intratrachealen Saugung ein. — An 5 Fällen werden die verschiedenen, vermutlichen Ursachen des jeweiligen Herzstillstandes erörtert. Die Zeit, in der ein Eingriff zu dessen Behebung noch Wirkung haben kann, wird weniger vom Herzen als von dem Grade der Gehirnschädigung bestimmt. So bestand bei einem der nach Herzstillstand von 3—4 min wieder genesenen Patienten völlige retrograde Amnesie für die ganze Zeit des Krankenhausaufenthaltes. Prophylaktisch ist deshalb hauptsächlich darauf zu achten, daß nicht sogleich nach intratrachealer Saugung und dem damit verbundenen Sauerstoffverlust im Blut extubiert wird. Auch soll zur Vermeidung von Reflexwirkungen nicht in oberflächlicher Narkose in- oder extubiert werden. — Kann ein Herzstillstand nicht sogleich durch einfache Mittel behoben werden, so muß bei offenem Abdomen die Herzmassage durch das Diaphragma versucht werden. Kommt die Herzfunktion danach jedoch nicht unmittelbar in Gang, so erfolgt die sofortige Thorakotomie mit direkter Herzmassage.

BERGK (Heidelberg).<sup>oo</sup>

**Alfred Zängl: Der operative Herzstillstand. Pathophysiologie— Diagnostik— Therapie.**

[II. Chir. Univ.-Klin. Wien.] Ärztl. Forsch. 6, I/235—I/247 (1952).

**Charles V. Pryles, Jack M. Burnett und Samuel Livingston: Acute hepatic necrosis with death occurring during phethenylate sodium therapy.** (Akute Lebernekrose mit tödlichem Ausgang im Verlaufe einer Behandlung mit Phetenylate-Natrium) J. Amer. Med. Assoc. 148, 536—538 (1952).

Es wird über zwei Todesfälle infolge Leberinsuffizienz, die auf die Verabreichung von Phetenylatenatrium (5 Phenyl-, 2 Thyenil-Hydantoinate) zurückgeführt werden, berichtet. Die Verf. haben 153 an Epilepsie erkrankte Patienten durch drei Jahre mit Ph. behandelt und glauben, daß sich dieses Mittel zur Behandlung voll ausgebildeter Epilepsie eigne. In drei Fällen trat nach 3—4wöchiger Behandlung Gelbsucht auf; diese schwand nach Aussetzen der Medikation allmählich innerhalb von drei Wochen. Die Obduktion ergab in beiden Fällen Atrophie der Leber (1150 g, 900 g), Milzschwellung, Gelbsucht. In einem Fall waren seröse Ergüsse in den Körperhöhlen und Darmblutungen festzustellen. Mikroskopisch fanden sich ausgedehnte Nekroseherde, Blutungen und Zellinfiltrationen im Trümmerfeld, Gallengangswucherungen. Verf. glauben einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Medikation und Leberveränderungen annehmen zu dürfen.

HOLCZABEK (Wien).

**Albrecht Struppler: Ein Beitrag zur Frage der Thorotrastschädigung.** [II. Med. Univ.-Klin. München.] Dtsch. med. Wschr. 1952, 311—312.

Bericht eines eindrucksvollen Falles eines Thorotrastgranuloms, das sich nach einer Latenzzeit von 21 Jahren am linken Kieferwinkel entwickelte. Die damals durchgeführte Arteriographie mit 30 cm<sup>3</sup> Thorotrast war mit 7—10mal so hohen Dosen wie heute üblich erfolgt. Es wird ein Descendieren der Thorotrastmasse von der seitlichen Halspartie in die obere Thoraxöffnung angenommen. Man tastete in der Gegend des linken Kieferwinkels ein derbes, indolentes unscharf abgegrenztes Infiltrat, das sich röntgenologisch als ein Thorotrastdepot erweist. Die Patientin zeigt eine allgemeine Schädigung durch das Thorotrast in Form von Ablagerung radioaktiver Substanzen in Leber, Milz und Lymphknoten, deutliche Schwächung des RES mit einer deutlichen Agranulocytose nach geringen Lostgaben. Paroxysmale Herzanfälle über den Reflexweg des Carotissinus infolge narbiger Umscheidung der Gefäße. Es wird ausgeführt, daß die für das Thorotrast typische  $\alpha$ -Strahlung die im Innern des Thorotrastoms eingeschlossenen Thorotrastkörnern blockiere und letztlich nur ein rein mechanischer Effekt durch die operativ festgestellte derbe Bindegewebsumscheidung bewirkt werde. HALLERMANN (Kiel).

**H. Fuß:** Nil nocere! Zwischenfälle bei Blockaden am Hals- und Lendenteil des Sympathicus. [Chir. Abt., Evang. Krankenh. Duisburg-Hamborn.] Münch. med. Wschr. 1953, 95—98.

**Werner Rockstroh:** Zwischenfall bei intrathecaler Liquemininstillation bei Meningitis tbc-Behandlung. [Lungenabt., Allg. Krankenh., Hamburg-Harburg.] Ther. Gegenw. 1952, 386—387.

**W. Mende:** Ein tödlicher Zwischenfall nach lumbaler Grenzstrangblockade mit Psicain. [Klin. f. Psychiatrie u. Neurol., Univ. Jena.] Psychiatr., Neurol. u. med. Psychol. 4, 70—72 (1952).

**Heinz Ruppert:** Fehler und Gefahren der Periduralanästhesie. [Univ.-Frauenklin., Leipzig.] Z. Geburtsh. 137, 249—270 (1952).

**Deaths associated with anaesthesia.** Report on 400 cases. Anaesthesia (Lond.) 7, 200—205 (1952).

**H. Wolff:** Beobachtungen bei Novocainallergie. [Med. Univ.-Klin. Kiel.] Ärztl. Wschr. 1952, 631—632.

Nach der vierten paravertebralen Injektion von Symprocin wegen Endarteriitis obliterans bei einer 49jährigen unverheirateten Frau traten im linken Bein neuritische Erscheinungen und anschließend eine Oberschenkelvenenthrombose auf, nachdem schon nach der ersten Einspritzung Parästhesien und Sensibilitätsstörungen beobachtet worden waren. — Bei einem 42jährigen Mann wurde nach Lumbalpunktion in Lokalanästhesie eine fortschreitende Entzündung des Unterhautgewebes im Bereich der Injektionsstelle beobachtet, welche nach Anwendung von Antihistaminpräparaten nicht beeinflußt wurde, nach Penicillinverabreichung jedoch abklang. Nach einer später vorgenommenen Histamininjektion entwickelten sich im Bereich von Injektionsstellen in der Glutäalgegend entzündliche Veränderungen, welche ebenfalls nach Penicillinmedikation abklangen. Vor der Krankenhausbehandlung hatte der Patient schon einmal eine Lokalanästhesie (Zahnextraktion) schlecht vertragen. Nach der Entlassung trat im Anschluß an eine in Lokalanästhesie vorgenommene Zahnextraktion eine schwere Urticaria und Dermatitis auf. — In beiden Fällen war die Cutanreaktion auf Novocain und Adrenalin, nicht aber auf Novocain allein positiv. Die Erscheinungen werden auf eine Novocainüberempfindlichkeit, die Wirkung des Penicillins bei den beschriebenen Fällen als antiallergischer Effekt angesehen.

ERNST SCHEIBE (Berlin).

**Günther Malorny:** Percain-Todesfall durch Druckfehler in einer medizinischen Zeitschrift. [Pharmakol. Inst., Univ. Kiel.] Slg Vergift.fälle u. Arch. Toxikol. 14, 40—51 (1952).

In einer Originalarbeit aus der Universitäts-Hautklinik in Zürich in der Deutschen Medizinischen Rundschau wurde eine Infiltrationsbehandlung des Pruritus anogenitalis mit Alkoholinjektionen in Percainanästhesie empfohlen. Die Percaindosierung war irrtümlich an zwei Stellen als eine 1%ige Lösung angegeben worden. In einem der nächsten Hefte erschien an auffallender Stelle eine Druckfehlerberichtigung: es sollte 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub>ige Percainlösung heißen. — Ein praktischer Arzt hatte wohl die Originalarbeit, nicht aber die Druckfehlerberichtigung gelesen, injizierte eine 1%ige Lösung und tötete dadurch einen Patienten. Der Arzt wurde anstatt einer verwirkten Gefängnisstrafe zu einer Geldstrafe verurteilt, eine Revision verworfen. Nach Ansicht der Gerichte hätte der Arzt sich auf die Dosisangabe in der fachwissenschaftlichen Zeitschrift nicht verlassen dürfen; da er noch nie mit Percain gearbeitet hatte, hätte er besonders vorsichtig sein müssen und durch ein Lehrbuch von FRANK (in seinem Besitz) vor der angewandten Dosis gewarnt werden können. Wenn der Angeklagte glaubte, sich bei der Anwendung einer ihm völlig neuen Behandlungsmethode lediglich auf eine einzige Beschreibung derselben in einem Aufsatz einer Zeitschrift verlassen zu dürfen, so könne ihm der Vorwurf nicht erspart werden, daß er die Zeitschrift nicht fortlaufend gelesen hat. Erfahrungsgemäß erscheinen gelegentlich Druckfehlerberichtigungen. Nicht selten auch Abhandlungen über dasselbe Thema, die es ergänzen oder ablehnend Stellung nehmen. — Verf. erblickt in diesem Urteil eine Überspannung der ärztlichen Sorgfaltspflicht, die geeignet sei, die im Interesse des Kranken liegende ärztliche Initiative zu lähmen. Er hatte als pharmakologischer Gutachter nicht den Arzt, sondern den Autor des Artikels oder den Herausgeber der Zeitschrift für verantwortlich gehalten. Auf gegenteilige Stellungnahmen in der Zeitschrift hätte der Arzt bei der heutigen verzögerten Erscheinungsweise vermutlich ein Jahr lang warten müssen. Die falschen Dosisangaben waren

selbst einzelnen fachkundigen Referenten nicht aufgefallen, sie hatten die falsche Dosis in ihre Referate übernommen. Auch nach dem Lesen eines älteren Lehrbuches hätte der praktische Arzt den Druckfehler nicht erkennen brauchen, die Angaben im Lehrbuch hätten überholt sein können; teilweise sind Angaben in diesem Lehrbuch sogar ein Anachronismus. — In der einschlägigen Literatur war allerdings trotz eifriger Bemühens kein analoger Fall zu finden, in dem ein Autor einer Publikation wegen einer falsch angegebenen Dosierung strafrechtlich zur Verantwortung gezogen worden wäre. Das Gericht pflegt die falsche Dosisangabe nur als mitwirkende Ursache anzusehen; sie sei unerheblich, da ohne das Handeln des Arztes der streitige Erfolg im Einzelfall nicht eingetreten wäre.

H. W. SACHS (Münster i. Westf.).

**H.-J. Goldbach: Über einen plötzlichen Todesfall nach intravenöser Injektion von „Aristamid“-Nordmark.** [Inst. f. gerichtl. u. soz. Med., Univ., Marburg a. d. L.] Münch. med. Wschr. 1953, 101—102.

Verf. berichtet über einen plötzlichen Todesfall einer 57jährigen Frau, die an einer Cystopyelitis litt, unter der Behandlung mit „Aristamid“-Nordmark. Die Patientin hatte über 2 Tage insgesamt 13 g des Mittels in Form von Tabletten erhalten. Als am Abend des 2. Tages das Präparat intravenös weitergegeben wurde, kam es nach Zufuhr von höchstens 0,2 g zu einem schweren Kollapszustand, in dem der Tod unter den klinischen Zeichen eines akuten Lungenödems eintrat. Die Leichenöffnung ergab sonst keinen krankhaften Befund der Organe. Im Vordergrund standen die Erscheinungen des akuten Lungenödems, Stauung der serösen Häute, Blutfülle der inneren Organe neben einer leichten Hirnanschwellung. Histologisch stand die starke Blutfüllung der Lungencapillaren im Vordergrund. Infolge der Hyperämie war es zu einer serösen Transsudation in der Leber, weniger im Hirngewebe gekommen. Aristamid wurde chemisch im Blute nachgewiesen. Die Todesursache wird in einer starken Überempfindlichkeit der Patientin gegen das Mittel gesehen, die durch Vorbehandlung mit Sulfonamiden erzeugt oder vertieft wurde.

P. SEIFERT (Heidelberg).

**Kohlhaas: Aus einem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 6. Dezember 1951, 3. StR 813/51, wegen fahrlässiger Tötung.** Z. Arztrecht 2, 242—243 (1952).

Ein Arzt hatte einem dreijährigen Kind, das an einem Blasenleiden litt, Movellan verschrieben und dem Vater des Kindes gesagt, er solle sich nach der Gebrauchsanweisung richten. Das Kind ist sodann an den Folgen der Verabreichung von Movellan verstorben. Movellan enthält bekanntlich Strychnin, das in Spuren in der Leiche nachgewiesen wurde, so daß die Todesursache geklärt war. Der verurteilte Arzt legte Berufung ein. Der Bundesgerichtshof stellt folgende Rechtssätze auf: 1. Bei Verschreibung gefährlicher Arzneimittel für ein Kleinkind hat der Arzt eine ganz klare und für den Anfang besonders vorsichtige Dosierungsvorschrift zu geben. 2. Er muß einen erkennbar, zur Überdosierung neigenden Vater über deren Lebensgefahrlichkeit aufklären und die allmähliche Steigerung der Dosierung durch Hausbesuche oder in sonstiger Weise in seiner ärztlichen Kontrolle halten. 3. Bei unklaren Dosierungsangaben darf sich der Arzt bei gefährlichen Medikamenten nicht darauf verlassen, daß der Vater des Kindes bei der Dosierung richtig verfähre.

FÖRSTER (Marburg).

**Sheldon Swift: Anaphylactic shock due to antitetanus serum.** (Anaphylaktische Schockwirkung durch Anti-Tetanus-Serum.) S. Afric. Med. J. 1952, 714—716.

Nach Hinweis auf das seltene Vorkommen von anaphylaktischen Schockwirkungen beim Menschen unter Betonung, daß bei Verwendung von Pferdeserum relativ am häufigsten allergische Reaktionen beobachtet werden, wird über einen schweren Fall von Serumschock berichtet, der, obwohl in der Familie des Erkrankten eine allergische Reaktionsbereitschaft nicht nachgewiesen werden konnte und auch keine Tetanusseruminjektion vorher stattgefunden hatte, wenige Stunden nach Erhalt der Injektion auftrat. Nach anfänglicher Besserung auf die Verabreichung von Liq. Adren. hydrochlor. intramuskulär und intravenös, sowie nach Gaben von Histadyl intramuskulär 20 mg, Luminal  $1\frac{1}{2}$  g, Ephedrine 1 g, Anthisan Tabs. I wiederholte sich der Schockzustand, und es wurde ACTH 50 mg gegeben, das nach anfänglicher Besserung schließlich zu einem schweren Kollapszustand führte, der erst nach erneuter Gabe von Adrenalin gebessert werden konnte.

PETERSOHN (Kaiserslautern).

**Gerhard Hoppe: Die versicherungsrechtliche Bedeutung einer Einführung der aktiven Tetanusimmunisierung.** [Akad. f. Staatsmed., Hamburg.] Chirurg 23, 353—357 (1952).

Die Zahl der Tetanustodesfälle wird in der Bundesrepublik mit 850 im Jahr angegeben. Es wird als dringlichste Forderung bezeichnet, umgehend die aktive Immunisierung in die Unfallverhütungsvorschriften gefährdeter Betriebe und Berufe aufzunehmen. H. KLEIN (Heidelberg).

**I. Kühl: Purpura fulminans mit tödlichem Ausgang nach Tuberkuloseschutzimpfung.** [Path. Inst., Friedrich-Schiller-Univ., Jena.] Zbl. Path. 89, 416—423 (1952).

Nach dem Bericht des internationalen BCG-Kongresses 1948 konnte bei mehr als 10 Millionen in den letzten 25 Jahren durchgeführter BCG-Schutzimpfungen ihre Unschädlichkeit erwiesen werden. Die Komplikationen scheinen ungewöhnlich selten zu sein. Ein Todesfall mit allgemeiner hämorrhagischer Diathese, übergehend in Purpura fulminans, Tod infolge Hirnblutung bei hämorrhagischer Myokarditis, wird deshalb eingehend untersucht und kritisch besprochen. Die ersten Symptome setzten 24 Std nach BCG-Impfung ein, nachdem die per- und intracutane Reaktion mit 30 TE vorher negativ ausgefallen war. Histologisch waren Gefäßveränderungen im Sinne einer allergisch-hyperergischen Reaktion in allen Organen festzustellen. Es werden 3 pathogenetische Möglichkeiten berücksichtigt: a) Hämorrhagische Diathese infolge einer besonderen Tuberkuloseallergie nach Resorption größerer Antigenmengen (als unwahrscheinlich aufgefaßt); b) Reaktion im Sinne eines SANARELLI-SHWARTZMAN-HANGERSCHEN Phänomens; c) BCG-Infektion als „symptomauslösender Kontakt“ auf die einen Monat der Impfung vorausgegangene Tetanusseruminjektion. H. KLEIN (Heidelberg).

**Jean Olmer et G. Knebelmann: Les accidents mortels de la ponction sternale.** (Die tödlichen Unfälle bei der Sternalpunktion.) [Clin. Méd. Thérapeut., Fac. de Méd., Marseille.] Presse méd. 1952, 882—883.

Verf. beschreiben einen eigenen, tödlichen und die Fälle von FORTNER und MOSS aus den USA. [Ann. Int. Med. 34, 807—815 (1951)]. Die Ursache der tödlichen Zwischenfälle ist in erster Linie in einer Durchstoßung der Unterfläche des Brustbeins mit Verletzung des Herzens und intraperikardialer Blutung zu suchen. Es werden klinisch-technische Hinweise zur Vermeidung derartiger seltener Zwischenfälle gegeben. RUDOLF KOCH (Halle a. d. Saale).

**H. Ehrhardt: Die ärztliche Aufklärungspflicht bei Schockbehandlung.** [Nervenklin., Univ., Marburg a. d. Lahn.] Z. Arztrecht 2, 142—149 (1952).

Von den Komplikationen der Schockbehandlung wie Frakturen und Luxationen, Herzstillstand und Kreislaufkollaps, Lungenabszeß und Schluckpneumonie, Aktivierung einer Lungentuberkulose, Atemstillstand und unklaren Todesfällen werden nur die Frakturen und Luxationen an Hand eines Falles besprochen. Nur sie spielten in der Gerichtspraxis eine Rolle (? Todesfälle! Ref.). — Das Risiko von chirurgischen Komplikationen liegt zwischen 1 und 2 % gemessen an den Patientenzahlen und weit unter 1 % gemessen an den Einzelschocks. Unter 7000 in Göttingen und Marburg gezählten Einzelschocks waren 4 Luxationen, 3 Oberarmbrüche, davon einer doppelseitig, 3 Kompressionsfrakturen der Wirbelsäule und ein Beckenpfannenbruch. Die Prophylaxe mit Curare u. ä. wird, weil noch zu wenig erprobt, bei der „kunstgerechten“ Behandlung noch nicht verlangt; d. h., aus der Unterlassung könne kein Vorwurf abgeleitet werden. Die chirurgischen Komplikationen sind reparabel; schwere Komplikationen sind dagegen viel seltener, Risikozahlen können nicht angegeben werden. Eine 58jährige Frau mit Myodegeneratio cordis und Wirbelsäulenarthrose erlitt beim Schock einen Oberarmbruch. Nach klinischer Behandlung geringe Funktionsbeschränkung. Bei der vorausgegangenen Aufklärung über die Gefahren war der Eingriff mit einer gewöhnlichen Blinddarmoperation verglichen worden. Die erste Instanz verurteilte den Arzt, weil die Aufklärung unzureichend gewesen, insbesondere nicht auf die Möglichkeit von Knochenbrüchen hingewiesen worden war. Im zweiten Rechtszug wurde die Klage abgewiesen. Die Aufklärung und der Vergleich mit der Blinddarmoperation genüge. Durch eine allzu umfassende Aufklärung könne der Kranke vor einer notwendigen Operation abgeschreckt oder durch Angst und Erregung noch mehr gefährdet werden. Die Komplikationen einer Blinddarmoperation sind zwar anderer Art, aber in ihrer Häufigkeit und der Gefährdung des Lebens mit denen der Schockbehandlung vergleichbar. H. W. SACHS

**G. Weisser: Zurücklassen von Fremdkörpern im Operationsfeld.** Die Medizinische 1952, 833—834.

Kunstfehler ist nicht gleichbedeutend mit Fahrlässigkeit. Die Fahrlässigkeit ist an sich kein Vergehen, sondern nur eines der Tatbestandsmerkmale der fahrlässigen Körperverletzung oder Tötung. Zuständig für die Beurteilung des ärztlichen Kunstfehlers ist einzig und allein der ärztliche Sachverständige. Wird ein Kunstfehler bejaht, so bleibt die Frage der strafrechtlichen Schuld zunächst völlig offen. Hat er — nach Bejahung des Kunstfehlers — auch noch zur Frage der Fahrlässigkeit etwas zu sagen, so muß er sich zunächst vergewissern, aus welchen einzelnen Merkmalen sich die strafrechtliche Fahrlässigkeit zusammensetzt. Das unbeabsichtigte Zurücklassen von Fremdkörpern in der Operationswunde ist allemal ein ärztlicher Kunstfehler. Der Bundesgerichtshof hat 1951 folgenden Leitsatz aufgestellt: „Man kann bei dem Zurück-

lassen von fremden Körpern in der Operationswunde nicht allgemein und stets einen schuldhaften (!) Kunstfehler unterstellen. Es kommt vielmehr immer auf die Beurteilung der besonderen Umstände des einzelnen Falles an. Es sind folgende Fragen zu klären: a) Ist der in der Bauchhöhle zurückgelassene Gegenstand nach Größe oder sonstiger Beschaffenheit derartig, daß er bei gehöriger, unter allen Umständen anzuwendender Aufmerksamkeit nicht hätte übersehen werden dürfen? b) Nahm die Operation einen außerordentlichen Verlauf, so daß dem operierenden Arzt ein besonderer Entschuldigungsgrund zur Seite steht? — Zu a) Die Rechtsprechung hat bei Zurücklassung kleinerer Gegenstände (Gazetupfer, Gazeservietten, Tampons) ein Verschulden grundsätzlich verneint. Dagegen ist die Schuld beim Zurücklassen einer Pinzette bejaht worden. In dem abzuurteilenden Fall hat der Bundesgerichtshof das Zurücklassen einer Péan-Klammer gerade im Hinblick auf deren Größe als schuldhaft angesehen. Die Sorgfaltspflicht des Arztes dauert auch nach der Operation fort. (Besichtigung und Zählung der zur Operation benutzten Instrumente usw.) — Zu b) Als außerordentliche Umstände nennt der Bundesgerichtshof plötzlich auftretende starke Blutungen, Herzschwäche des Kranken, Überbeanspruchung oder Erregung des Operateurs. Feste Grenzen lassen sich nicht ziehen. Die mitwirkenden Umstände können nach Zahl und Umfang jedesmal eine völlig verschiedene Lage schaffen. SCHWELLNUS (Köln).

**R. Maurach: Zum heutigen Stand der Meinungen über die strafrechtliche Beurteilung ärztlicher Heileingriffe.** Z. Arztrecht 2, 135—142 (1952).

Die Ausführungen sind schon ein Referat und können deshalb schwer nochmals referiert werden. Sie sind aber auch kritisch, allerdings aus dem Blickpunkt des Juristen. Der Arzt beruft sich an diesen Berührungspunkten zwischen Medizin und Strafrecht auf sein Berufsethos oder gar ein Berufsrecht, der Jurist versucht hier seinen Standpunkt dem Arzte plausibel zu machen. Er verteidigt die Auffassung des Reichsgerichts, jeden ärztlichen Heileingriff als Körperverletzung „an sich“ anzusehen, ja sogar als körperliche Mißhandlung. Diese vorläufigen Unrechtsindizien können dann durch die (bekannten) Rechtfertigungsgründe, wie Einwilligung, Güterabwägung, nach den Grundsätzen des übergesetzlichen Notstandes ausgeräumt werden. Der Arzt werde so für den Schönheitsfehler der juristischen Definition entschädigt, mit der Rechtfertigung wird ihm das sozial wertvolle, ja gebotene Handeln bescheinigt. Eine Ausmerzung des Schönheitsfehlers würde eine Kettenreaktion juristischer Komplikationen auslösen. Dies gilt für die praktische Rechtsprechung. Die Rechtswissenschaft versucht, die zergliedernde Betrachtung des Reichsgerichtes aufzugeben, die Heilbehandlung als geschlossenen Vorgang zu betrachten. Der geglückte (selbstverständlich indizierte und lege artis durchgeführte) Eingriff wird einmütig nicht als Körperverletzung angesehen; beim mißglückten scheiden sich die Meinungen, vereinen sich aber wieder in der Auffassung, daß auch er im Ergebnis straffrei bleiben muß. Begriffe des „erlaubten Wagnisses“, des „üblichen“, des „sozialadäquaten“ und des „maßvollen“ Risikos werden erörtert, desgleichen die Tatsache, daß Verschlimmerung und Tod nicht immer im ex-ante-Urteil des Arztes erfaßbar seien — wo die Möglichkeit zur Erfolgsabwendung fehle, entfalle auch die Pflicht. Die Frage nach der Schuld stellt schon eine potentielle Diffamierung des Arztes dar. Sie darf noch nicht nach dem lediglich mißglückten, sondern erst nach fehlerhaft durchgeführtem Eingriff aufgeworfen werden. — Alle Lösungsvorschläge bleiben juristisch unbefriedigend.

H. W. SACHS (Münster i. Westf.).

**Gg. Herold: Die Beweislast in Arztprozessen.** Z. Arztrecht 2, 153—154 (1952).

Bekanntlich ist in einem Zivilprozeß jede Partei für ihre Behauptungen beweispflichtig. Eine Erleichterung bietet hierbei der Grundsatz des prima-facie-Beweises, des Beweises des ersten Anscheins. Eine hochgradige Verbrennung bei Röntgenbestrahlung, die nach Erfahrung des Lebens auf Überdosierung hinweist, könnte z. B. als solche angesehen werden, da es sich um einen sog. typischen Geschehensablauf handelt. Dann ist diejenige Partei beweispflichtig, die einen ungewöhnlichen Verlauf behauptet, z. B. nicht voraussehbare Umstände bei dem verbrannten Patienten, die auch ohne Überdosierung zum Röntgenshaden geführt hätten. Bedauerlicherweise neigen die Gerichte gerade in Arztprozessen dazu, durch Annahme eines prima-facie-Beweises die Beweislast zuungunsten des Arztes zu verschieben. Die höchststrichterliche Rechtsprechung ist zwar nicht einheitlich, bietet aber für diese Neigung keine Stütze! Prima-facie-Beweise im Falle des Abbrechens einer Injektionsnadel oder des Zurückbleibens von Tupfern sind ausdrücklich abgelehnt worden, weil derartige Mißgeschicke keinesfalls ohne weiteres auf ein Verschulden des Arztes hinwiesen; auch wenn z. B. ein abgemeißelter Knochensplitter einen Nerv schädigte und die Erkennung dieses Umstandes während der Operation unmöglich war, dürfe das keinesfalls zu Lasten des Arztes gehen. — Andererseits ließ aber das Reichsgericht

auch schon prima-facie-Beweise gegen Ärzte sprechen und verlangte von ihnen, darzutun, warum in einem Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst kein Verschulden liegen soll. Nach übereinstimmender Rechtsprechung sind die Gerichte befugt, ungünstige Schlüsse aus Beweislücken zu ziehen, die durch Verschulden des Arztes entstanden sind, z. B. wenn der Arzt die ordnungsmäßige Niederschrift von Krankengeschichten, Röntgenaufnahmen, richtige Ausfüllung von Karteikarten unterlassen hat. — Das Gericht hat in Schadensersatzprozessen auch die Möglichkeit, von beantragten Beweiserhebungen abzusehen und über Entstehen und die Höhe des Schadens unter Würdigung aller Umstände nach freier Überzeugung zu entscheiden; selbst die Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang zwischen Handlung und Schaden kann durch das freie Ermessen des Gerichtes entschieden werden. Dies war lange strittig, wird aber jetzt zunehmend bejaht.

H. W. SACHS (Münster i. Westf.).

**Drost: Das Urteil des 2. Zivilsenats des Oberlandesgerichts in Neustadt an der Weinstraße vom 14. November 1950 zur Frage des ärztlichen Kunstfehlers.** Z. Arztrecht 2, 240—242 (1952).

Bei einer 3. Operation wurde ein Bauchtuch vorgefunden, das von der 1. Operation herührte. Ein Verschulden des operierenden Arztes wurde als gegeben angenommen. Hiergegen legte der Arzt Berufung ein, weil er während der Operation außergewöhnlich in Anspruch genommen worden sei, so daß er stark in der ordnungsgemäßen Abwicklung seiner Funktionen gehindert gewesen sei. Seine Nervenkraft sei deshalb auf eine außergewöhnliche Probe gestellt worden, weil der assistierende Arzt bei der Patientin künstliche Atmung hätte vornehmen müssen und in diesem Augenblick Blutungen aufgetreten seien. So habe er beim Stillen dieser Blutungen keine Hilfe gehabt. Durch diese genannten Umstände sei höchste Eile notwendig gewesen. Das Bundesgericht hebt das Urteil auf, weil das Berufungsgericht es unterlassen hat, diese Frage durch Anhörung eines Sachverständigen zu klären, ob der Arzt mit überraschenden Zwischenfällen bei der Operation der Frau hätte rechnen müssen und welche Maßnahmen zur Überwindung solcher Zwischenfälle er hätte treffen sollen, insbesondere, ob von vornherein die Hinzuziehung eines 2. Assistenzarztes zur Operation geboten gewesen wäre, oder ob die getroffenen Maßnahmen nach Lage der Sache ausgereicht haben.

FÖRSTER (Marburg).

**Georg Herold: Strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes für Versehen Dritter.** Z. Arztrecht 2, 210—212 (1952).

Überweist ein Arzt einen Patienten an einen Facharzt oder in ein Krankenhaus, so ist er im allgemeinen für etwaige Schäden, die danach unterlaufen, strafrechtlich nicht mehr verantwortlich. Ausnahmen könnten dann bestehen, wenn er gelegentlich eines Besuches dieses Patienten Unregelmäßigkeiten wahrnimmt und den Facharzt oder die Ärzte des Krankenhauses nicht darauf aufmerksam macht.

ILLCHMANN-CHRIST (Kiel).

**W. Perret: Kosmetische Chirurgie und Haftpflicht.** J. med. Kosmetik 1952, 254—255.

Bei kosmetischen Operationen verlangt die Rechtsprechung eine besonders genaue Aufklärung des Patienten über mögliche Zwischenfälle und etwaige ungünstige Folgen. Verf. befürwortet, daß der Arzt den Patienten einen Revers über die erfolgte Aufklärung unterschreiben läßt.

B. MUELLER (Heidelberg).

**Fritz Hauser: Die Frage der Euthanasie im schweizerischen Strafrecht.** Diss. Zürich 1952. II u. 96 S.

**Luigi Villa: Eutanasia.** [Ist. di Clin. Med. Gen. e Ter. Med., Univ., Milano.] Rass. clin. sci. 28, 99—104 (1952).

Erörtert werden die medizinischen Aspekte der Euthanasie; sie ist in jeder Form abzulehnen. Der Ausdruck „Indikation zur Euthanasie“ ist grundsätzlich falsch; Indikationen gibt es nur für therapeutische Maßnahmen. Es ergeben sich zwei Möglichkeiten: Euthanasie auf Verlangen und Euthanasie ohne Verlangen des Interessierten. *Euthanasie auf Verlangen*: Die Motive des Kranken sind Unabwendbarkeit des tödlichen Endes oder körperliche Schmerzen. Zweites Motiv ist häufiger, auch wenn das Ende nicht unmittelbar bevorsteht. Häufig kombinieren sich die beiden Motive. Ein weiteres Motiv ist die Angst vor der Agone. Zu bedenken ist, daß auch bei Krankheiten mit tödlichem Verlauf eine psychische Anpassung stattfindet. Selbstmorde wegen körperlichen Leidens oder wegen Schmerzen sind denn auch selten. Diesen Motiven stellen sich die folgenden ärztlichen Einwände entgegen: Die Reaktionen der Kranken Schmerz und Tod gegenüber sind verschiedenartig. Der Arzt muß so vorgehen, daß Euthanasie vom Patienten gar nicht verlangt wird. Der Kranke soll die Schwere seiner Krankheit kennen, nicht aber von deren Unheilbarkeit überzeugt sein. Der Arzt muß immer noch Hoffnung einflößen, dann

werden auch körperliche Schmerzen besser ertragen. Gefestigte Persönlichkeiten werden eine Euthanasie nicht verlangen. Das Verhalten der Umgebung ist von größter Bedeutung. Der Kranke hat Recht auf Schmerzlinderung. Bei der heutigen Auswahl wird man ihm geeignete Mittel finden. Bei deren Dosierung ist im wissenschaftlichen Rahmen zu bleiben. Chirurgische Intervention für Schmerzbekämpfung ist zu erwägen und eventuell zu versuchen. Nehmen die Schmerzen ab, ändert der Patient häufig seinen Entschluß, auch dann, wenn die Krankheit in eine ruhigere Phase eintritt. In keinem Moment darf der Arzt die Führung über den Kranken verlieren. Für den Patienten ist die ablehnende Stellung des Arztes der Euthanasie gegenüber entscheidend. Die wissenschaftliche Begründung der Ablehnung der Euthanasie kann sich auf folgende Erfahrungen stützen: Irrtümer in bezug auf Diagnose kommen immer wieder vor. Die therapeutischen Möglichkeiten können sich ändern. Eine symptomatische Therapie kann sich günstig auswirken. Auch bei größter Kritik sind prognostische Fehlbewertungen möglich. Bei der Euthanasie zur Erleichterung der Agone ist zu bedenken, daß der Moment des Todes-eintrittes nicht mit Sicherheit vorausgesagt werden kann. Plötzlich tritt bei scheinbarer Agone eine Wendung ein; der Patient wird dann vielleicht wieder fähig, wichtige Verfügungen zu treffen. Eine psychologisch besonders schwere Situation kann entstehen, wenn der Arzt gleichzeitig Vater oder Sohn oder Gatte ist. — *Nichtverlangte Euthanasie*. Der Kranke ist entweder nicht in der Lage, Willen und Wunsch zu äußern, z. B. in der Agone. Beim Bewußtlosen ist das Schmerzempfinden aufgehoben. Eine Euthanasie aus Mitleid ist in solchen Fällen nicht zu begründen. — *Euthanasie aus sozialen oder eugenischen Gründen* wird postuliert für Individuen, die unfähig sind, in der Gemeinschaft zu leben. Sie könnte auch gegen den Willen des Kranken erfolgen. Besonders im angelsächsischen Kulturkreis wurden solche Forderungen laut; sie wären an die Beobachtung bestimmter Vorschriften gebunden. Solche Postulate sind aufs schärfste abzulehnen. Die Konsequenzen wären nicht vorauszusehen. Es gibt andere Mittel zur sozialen und eugenischen Prophylaxe. Jegliche Form der Euthanasie ist gegen die medizinische Wissenschaft, gegen das ärztliche Gewissen und gegen die Interessen des Ärztestandes gerichtet.

SCHWARZ (Zürich).

**J. Trillot:** *Du consentement à une intervention chirurgicale chez les aliénés.* [Soc. de Méd. lég. de France, 12. V. 1952.] Ann. Méd. lég. etc. 32, 270—272 (1952).

**J. R. Debray:** *Contribution à l'étude du droit médical comparé.* (Beitrag zum Studium des vergleichenden Medizinalrechts.) Semaine méd. [Suppl. à Semaine Hôp.] 1952, 109—112.

**Ed. Gubler:** *Gehören die Unfallkarten von Suvalpatienten zu Urkunden im Sinne des Strafgesetzes?* Schweiz. med. Wschr. 1952, 906—907.

Verf. prüft die Frage auf Grund eines konkreten Falles, ob wahrheitswidrige Eintragungen auf einer Unfallkarte eine Urkundenfälschung im Sinne des Strafgesetzes darstelle und kommt zu folgendem Ergebnis: Die auf der Unfallkarte gemachten Aufzeichnungen sind dafür bestimmt, die eingetragenen Tatsachen zu beweisen. Entsprechen die Eintragungen nicht der Wahrheit, so macht sich der Eintragende der Urkundenfälschung schuldig. SCHÖNBERG (Basel).

**Donald Summerfields:** *Extending duties of practitioners.* (Erweiterung des Arbeitsgebietes eines praktischen Arztes. Vortr. bei der 62. Verslg der gerichtl. med. Ges. von Manchester und Umgegend. 10. I. 1952.) Med.-leg. J. 20, 86—88 (1952).

Verf. gibt einen Überblick über die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Berufes in England. Gesetzeskunde und Medizin sind kirchlichen Ursprunges. Päpstliche Anordnungen im 13. Jahrhundert brachten die Aufteilung in verschiedene Berufszweige: Innere Medizin, Chirurgie und Pharmazie. Der Chirurg ist nicht als ein Nachfolger des mittelalterlichen Barbiers aufzufassen. Während Chirurgen wie Handwerker eine Lehrzeit durchmachten, waren die Internisten mehr studierte Leute. Letztere übten daher in früheren Jahrhunderten auch einen größeren Einfluß aus und hatten eine größere Bedeutung. Zwischen 1421—1423 wurde unter dem Patronat des Oberbürgermeisters und der Stadträte eine gemeinsame Vereinigung für Internisten und Chirurgen in London ins Leben gerufen. Alle Ärzte und Chirurgen, die in London ihren Beruf ausüben wollten, mußten der Vereinigung beitreten. Jährlich wurde ein Vorstand von 5 Personen gewählt. Kein Unexaminierter durfte praktizieren. Aufgabengebiet des Vorstandes der Vereinigung war die Examensabnahme, Überwachung der Berufsausübung von Ärzten und Überwachung von Apotheken. Im Jahre 1518 wurde eine Schule für Medizin in London gegründet. Daneben bestanden bereits Ausbildungsstätten für Mediziner in Oxford und Cambridge. Ärzte wurden von öffentlichen Dienstleistungen (als Schöffen usw.) entbunden.

1552 wurde vom Oberbürgermeister in London entschieden, daß kein Chirurg interne Krankheiten behandeln dürfe. 1595 wurde diese Entscheidung durch einen Gerichtsbeschluß bestätigt. Von 1679 bis in das 19. Jahrhundert hinein durften nur Examineierte von Oxford oder Cambridge als Mitglieder der Internistenvereinigung von London aufgenommen werden.

GERHARD VOGEL (Frankfurt a. M.).

**Bechtold: Ansprüche des Arztes aus Hilfeleistung.** Med. Klin. 1952, 1216—1217.

Verf. beschäftigt sich mit der Frage der Entschädigung des Helfers, da es gar nicht so selten vorkommt, daß ein Arzt bei einem Unfall hinzukommt und Hilfe leistet oder daß er von der Polizei herbeigerufen wird, um Menschen in einer Notlage zu helfen. Es können auch Ansprüche wegen erlittener Sachbeschädigung oder Körperverletzung in Frage kommen. Auch sind Fälle bekannt, daß der Helfer bei der Hilfeleistung sein Leben geopfert hat, so daß Ansprüche der Hinterbliebenen geltend gemacht wurden. Über diese Fragen bestehen noch mancherlei Zweifel, da die Verfasser des Bürgerlichen Gesetzbuches die gesetzliche Regelung der Schadenshaftung des Auftraggebers unterlassen haben. Es liegt somit eine bewußte Lücke vor, deren Schließung man der Rechtsfortbildung, der Rechtswissenschaft und der Rechtslehre überlassen hat. Somit kann die Schadenshaftung je nach Gestaltung des Einzelfalles bejaht oder verneint werden.

FÖRSTER (Marburg).

**C. Julliard: La responsabilité civile du médecin.** (Die zivilrechtliche Haftung des Arztes.) Rev. méd. Suisse rom. 72, 769—777 (1952).

Verf. entwickelt zunächst Grundsätze und Wesen der Haftung, die immer eine Schuldhaftung ist. Die Einwilligung des Patienten für einen bestimmten Eingriff muß vorliegen; in einem gewissen Rahmen besteht Aufklärungspflicht über das Risiko eines Eingriffes. Bei kosmetischen Operationen muß Proportion vorhanden sein zwischen Schwere des Eingriffes und Größe des Defektes oder der Entstellung, die korrigiert werden will. Es folgen Hinweise über Haftung der Gehilfen, der Assistenten und Krankenschwestern. Jeder Arzt hat die Pflicht zur Weiterbildung auch nach dem Staatsexamen; in schwierigen Fällen hat er den Spezialisten zu konsultieren. — Instrukтив sind einige Beispiele bundesgerichtlicher Rechtsprechung. Bei diagnostischen Irrtümern wurde die Haftung in folgenden Fällen bejaht: Schwangerschaft wird für Fibrom gehalten, Laparotomie; Holzsplitter im Bein wird als Fraktur angesehen; statt Peniskrebs wird Lues diagnostiziert; Schulterluxation wird als Kontusion behandelt, weil Röntgenbild nicht angefertigt wurde; Diphtherie wird nicht diagnostiziert, weil keine Abstriche gemacht wurden. Bei folgenden Operations- und therapeutischen Zwischenfällen wurde Haftung bejaht: Vornahme einer nicht dringlichen Operation in Allgemeinnarkose statt in Lokalanästhesie ohne Assistenz; Nichteinsetzen eines Filters bei Bestrahlung; ungenügende Aufklärung einer Hebamme über die Anwendung eines stark wirkenden Medikamentes (Todes Eintritt); Folgen schlechtesitzender und ungenügend kontrollierter Gipsverbände; Liegenlassen einer Kompressen im Bauch (ausgenommen bei dringlichen und schwierigen Laparotomien); Alkoholinfektion mit anschließender Verbrennung durch Thermokauter; subcutane Trypaflavininjektion. Nicht bejaht wurde Haftung in folgenden Konstellationen: Optimales Heilresultat bei einer Operation wird nicht erreicht, weil der Arzt vielleicht nicht so geschickt war wie ein anderer Kollege; Wahl einer anerkannten Heilmethode, während der Patient eine andere Methode wünschte.

SCHWARZ (Zürich).

**BGB §§ 276, 823 (Sorgfaltspflicht eines Dentisten).** a) An die Sorgfaltspflicht eines Dentisten sind keine geringeren Anforderungen zu stellen als an die eines Zahnarztes. b) Ein Zahnarzt oder Dentist, der bei Benutzung eines Klein-Instrumentes die von der Wissenschaft für erforderlich gehaltenen Sicherungsmaßnahmen unterläßt, handelt auch dann fahrlässig, wenn diese Maßnahmen mit gewissen Unbequemlichkeiten oder Zeitverlust verbunden sind und deshalb in der Praxis üblicherweise nicht angewendet werden. Er haftet deshalb auf Schadensersatz, wenn der Patient eine ohne diese Maßnahmen verwendete Nervnadel verschluckt oder einatmet. [BGH, Urt. v. 27. 11. 1952 — VI ZR 25/52 (München).]

**Karl Franz Hoffmann: Die Ausübung der Zahnheilkunde in der Bundesrepublik Deutschland auf Grund des Gesetzes vom 31. März 1952.** Die Medizinische 1952, 831—832.

Seit dem 1. 4. 52 darf die Zahnheilkunde nur auf Grund einer Bestallung ausgeübt werden. Dentisten können in den Zahnärztestand eingegliedert werden, wenn sie die staatliche Anerkennung als Dentist bei Inkrafttreten des Gesetzes besitzen, unter der Voraussetzung, daß sie an



einem Fortbildungskurs über Mund- und Kieferkrankheiten, sowie Arzneimittellehre erfolgreich teilgenommen haben. Anwärter des Dentistenberufes erhalten die Bestallung als Zahnarzt, wenn sie nach viersemestriger Ausbildung an einem zugelassenen Lehrinstitut die Prüfung vor einer staatlichen Prüfungskommission bestanden haben. Wer vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes die Zahnheilkunde, ohne im Besitz einer Bestallung als Arzt oder Zahnarzt zu sein, ausgeübt hat, kann dieselbe im bisherigen Umfange weiter ausüben. Wer als Dentist die Bestallung als Zahnarzt nicht begehrt, kann auf dem Gebiet der Sozialversicherung weiterhin tätig bleiben. — Das Gewerbe der Zahntechniker wird als selbständiges Handwerk anerkannt. Die Bestallung bzw. das Recht Zahnheilkunde auszuüben ist zu versagen bzw. zurückzunehmen, wenn die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt wurden, wenn wegen schwerer Verfehlung eine strafgerichtlich rechtskräftige Verurteilung vorliegt, wenn schwere sittliche Verfehlungen die Unzuverlässigkeit zur Ausübung der Zahnheilkunde begründen, oder wenn körperliche Gebrechen oder Schwäche der körperlichen und geistigen Kräfte oder eine Sucht keine Gewähr für die für die Zahnheilkunde erforderliche Eignung oder Zuverlässigkeit bieten. Wer ohne Befugnis Zahnheilkunde ab 1. 4. 52 ausübt, macht sich strafbar. Auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen wird in wenigen Jahren die alleinige akademische Ausbildung der Zahnärzte verwirklicht sein.

SCHWELLNUS (Köln).

**StGB § 330c:** An sich stellt die Vorschrift keine besondere Arztpflicht auf. Kommt es für die erste Hilfe aber auf ärztliche Sachkunde an, so fällt diese nicht nur für Art und Umfang der Hilfeleistung, sondern unter Umständen schon für die Frage der Hilfspflicht überhaupt ins Gewicht. Denn hilfspflichtig nach § 330c ist jeder, der nach seinen Fähigkeiten und Hilfsmitteln ohne eigene Gefahr oder anderweite Pflichtverletzung wirksamer und rascher helfen kann — wenn auch nur vorläufig — als ein anderer. Neue jur. Wschr. A 1952, 713.

Georg Flor: Ein Beitrag zu der Frage: Amtsarzt und ärztliche Schweigepflicht. Z. Arztrecht 2, 213—218 (1952).

**ZPO § 253 Abs. 2 Nr. 2; BGB §§ 278, 31, 89, 839. Weim. Verf. Art. 131; Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge vom 1. 8. 1931 § 6 Abs. 1: b)** Das Zurücklassen eines Fremdkörpers in einer Operationswunde braucht nicht immer ein schuldhafter Kunstfehler zu sein, es kommt vielmehr auf die besonderen Umstände des Einzelfalles, wie Art und Größe des zurückgelassenen Fremdkörpers und den Operationsverlauf an. **c)** Ein auf Grund der öffentlichen Fürsorge in einem städtischen Krankenhaus unentgeltlich aufgenommener Kranker tritt in ein öffentlich-rechtliches Verhältnis zu der Stadtgemeinde, aus welchem diese aber bei fehlerhafter Behandlung nur entsprechend § 278 BGB und nicht nach Amtshaftungsgrundsätzen haftet. [BGH, Urt. v. 13. 12. 1951 — III ZR 144/50 (Mainz u. Koblenz).] Neue jur. Wschr. A 1952, 382—384.

**H. Kirchberger: BGB § 249; ZPO § 287; KrfzG § 7.** Ein ursächlicher Zusammenhang im Rechtssinn ist nur gegeben, wenn die vom Schädiger gesetzte Bedingung generell geeignet ist, den in Frage stehenden Schaden herbeizuführen, wobei besonders eigenartige, ganz unwahrscheinliche und nach dem regelmäßigen Lauf der Dinge nicht in Betracht zu ziehende Umstände auszuschneiden haben. Ein solcher außerhalb der erfahrungsmäßigen Wahrscheinlichkeit liegender Erfolg muß als zufällige, nicht mehr zurechenbare Folge gelten. [BGH, Urt. v. 24. IV. 1952 — III ZR 100/51 (Köln).] Neue jur. Wschr. A 1952, 1010—1011.

**StGB § 59:** Der Irrtum über Art und Umfang der Züchtigungsbefugnis ist ein Verbotssirrtum und führt bei Vermeidbarkeit zur Bestrafung wegen vorsätzlicher Körperverletzung. Die irrige Annahme eines zur Züchtigung an sich berechtigenden Sachverhalts, aus dem der Täter auf seine Züchtigungsbefugnis in diesem Falle schließt, ist als Tatirrtum nach § 59 StGB zu behandeln; er führt bei Vermeidbarkeit zur Bestrafung wegen fahrlässiger Körperverletzung (im Anschluß an BGH, GSSt. 2/51

v. 18. III. 1952: NJW 52, 593). [BGH, Urt. v. 6. VI. 1952 — 1 StR 708/51 (LG Heilbronn).] Neue jur. Wschr. A 1952, 1023.

StGB § 211: Niedrig ist ein Tötungsbeweggrund, der nach allgemeiner sittlicher Wertung auf tiefster Stufe steht, durch hemmungslose triebhafte Eigensucht bestimmt und deshalb besonders verwerflich, ja verächtlich ist (hier: Tötung der Ehefrau als Hinderung eines Liebesverhältnisses). [BGH, Urt. v. 25. VII. 1952 — 1 StR 272/52 (SchwGer. Nürnberg-Fürth).] Neue jur. Wschr. A 1952, 1026.

Heinz-Bernd Kurth: Die Strafverfolgung der im Vollrausch begangenen Privatklagedelikte. Neue jur. Wschr. A 1952, 731.

Es wird die Frage diskutiert, ob ein Täter bei Rauschdelikten in Form von Privatklagedelikten, insbesondere Beleidigungen und Körperverletzungen, die in solchen Fällen nach § 330a StGB zu bestrafen sind, durch die Staatsanwaltschaft oder im Wege der Privatklage zu verfolgen sind. Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß in jedem Falle der Verletzte bei den in § 374 StPO aufgeführten Vergehen die Privatklage erheben kann — allerdings bei Hausfriedensbruch, Beleidigung usw. erst nach einem Sühneversuch (§ 380 StPO) —, auch wenn die Tat im Rausch begangen ist. Die Staatsanwaltschaft kann immer auf den Weg der Privatklage verweisen — es sei denn, daß die Verfolgung im öffentlichen Interesse liegt. O. SCHMIDT (Göttingen).

VerschG § 9; BGB § 1591: Ist im Falle der Todeserklärung des Ehemannes das Kind von der überlebenden Frau nach dem Tage empfangen worden, der in dem Beschluß über die Todeserklärung als Todestag des Mannes festgestellt ist, so kann seine Unehelichkeit von jedermann geltend gemacht werden, ohne daß eine Anfechtung der Ehelichkeit erforderlich wäre. [OLG Neustadt, Beschl. v. 30. 11. 1951 — 3 W 100/51.] Neue jur. Wschr. A 1952, 1141.

BGB § 847 (Schmerzensgeldberechnung). Bei der Bemessung der Höhe des Schmerzensgeldes sind die Vermögensverhältnisse des Verpflichteten nicht zu berücksichtigen. Auf das Bestehen einer Haftpflichtversicherung zugunsten des Verpflichteten kommt es deshalb nicht an. [BGH, Urt. v. 29. 9. 1952 — III ZR 340/51 (Hamm i. W.).] Neue jur. Wschr. A 1953, 99—101.

BGB § 1591; ZPO §§ 286, 373, 398: a) Es ist an der Rspr. des RG festzuhalten, wonach die offenbare Unmöglichkeit der Vaterschaft dann anzunehmen ist, wenn ein Sachverhalt feststeht, der die Annahme der Ehelichkeit des Kindes als mit dem gesunden Menschenverstand unvereinbar, d. h. den Ausschluß der Vaterschaft des Ehemannes für jeden verständigen Beurteiler als sicher erscheinen läßt. Eine denkgesetzliche oder mathematische Sicherheit des Ausschlusses oder eine Sicherheit, wie sie die Naturwissenschaft für die Anerkennung eines Naturgesetzes verlangt, ist nicht erforderlich. Hinsichtlich des Grades der zu fordernden Wahrscheinlichkeit ist vielmehr derselbe Maßstab anzulegen, der für die richterliche Überzeugungsbildung überhaupt gilt. Ein erbkundliches Gutachten kann zum Nachweis der offenbaren Unmöglichkeit ausreichen. [BGH, Urt. v. 14. 7. 1952 — IV ZR 25/52 (München).] Neue jur. Wschr. A 1952, 1171—1172.

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation.

Erich Fitzer: Fortschritte der technischen Emissionsspektalanalyse. I. Teil: Allgemeines. II. Teil: Direkt anzeigende Spektrometer. III. Teil: Die praktische Anwendung. [Inst. f. Anorg. Chem. Technol., Techn. Hochsch. Wien.] Österr. Chemiker-Ztg 53, I. Teil: 1—9, II. Teil: 34—39, III. Teil: 59—63 (1952).

Wilhelm Künzer und Gisela Breuninger: Über das Auftreten alkaliresistenten Hämoglobins bei Kindern mit Anämien. [Univ.-Kinderklin., Würzburg.] Z. Kinderheilk. 71, 415—421 (1952).

Stufenphotometrische Untersuchungen mit kleinen Blutmengen — drei Messungen mit Filter S<sub>55</sub>: 1. vor Alkalizugabe, 2. 2 min später (nach Denaturierung des labilen Hb), 3. 2—6 Std