

zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“) gilt uneingeschränkt auch für den einer Straftat Verdächtigten. „Der Beschuldigte ist Beteiligter, nicht Gegenstand des Strafverfahrens.“ Seine körperliche Untersuchung (§ 81a StPO) darf nur der Feststellung von Tatsachen dienen, wozu auch „äußere und innere Seinsweise“ gehören. Die Beschränkung seiner Entschließungsfreiheit würde den im § 81a StPO gesteckten Rahmen der Aufklärungsmöglichkeiten überschreiten. Außerdem ist die Erforschung des Unbewußten des Beschuldigten unzulässig, weil sie gegen § 13g StPO verstößt; denn ein Einblick in die Seele des Beschuldigten und ihre unbewußten Regungen verletzt die Freiheit der Willensentschließung und -betätigung. Zwar treten auch dann, wenn dem Angeklagten der seelische Eigenraum belassen wird, in der Hauptverhandlung üblicherweise unbewußte Ausdrucksorgänge zutage; aber schon diese darf das Gericht bei der Beweiswürdigung nur mit Vorsicht, Zurückhaltung und Menschenkenntnis berücksichtigen. Von diesen Gesichtspunkten abgesehen, aus denen allein sich schon die Unzulässigkeit der Verwendung des Lügendetektors ergibt, erheben sich weitere durchgreifende Rechtsbedenken, weil die wissenschaftlichen Grundlagen bisher keineswegs gesichert sind und nicht bekannt ist, ob die Untersuchungsergebnisse mit dem Polygraphen als Erfahrungssatz in der Wissenschaft unangefochten feststehen.

RÄUSCHKE (Heidelberg).

Pingel: Gerichtsarztliche Diagnostik: Kriminalistik 8, 202—205, 228—232 (1954).

Der Titel müßte lauten: „Gefängnisärztliche Diagnostik“. Besprochen werden die psychopathischen Reaktionen während der Haft mit besonderer Berücksichtigung der Selbstbeschädigungen, Simulationen und Dissimulationen. Über praktische Erfahrungen und zweckmäßige Maßnahmen vom Standpunkt des Anstalsarztes aus wird berichtet.

RÄUSCHKE (Heidelberg).

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung.

E. Baumann: Infektionen und andere Schäden infolge von Einspritzungen. [17. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Bad Neuenahr, 21. u. 22. V. 1953.] Hefte Unfallheilk. H. 47, 100—114 (1954).

In der klaren und übersichtlichen, sich auf große praktische Erfahrungen stützenden Arbeit werden besprochen die Infektion durch unsterile Geräte und Lösungen, Sterilisation von Spritzen und Kanülen, wobei die Sterilisation im Heißluftkasten als das vorteilhafteste Verfahren bezeichnet wird, unsichere und umstrittene Verfahren der Sterilisation, Spritzampullen, Bruch der Nadel, Nervenschäden u. a. m. Mit Recht wird Beschränkung in der Lumbalanesthesia empfohlen. — „Die Gefahr der Spritzenschäden aller Art hängt an unserer Seele wie klebriger Schlamm an den Füßen eines Wanderers.“ JUNGMICHEL (Göttingen).

Otto Gritschneder: Schadenersatz für Kunstfehler im Krankenhaus. Münch. med. Wschr. 1954, 627—628.

Ein Oberschenkelbruch wurde in einem Krankenhaus genagelt; der dazu benutzte Nagel war zu kurz. Sieben Monate später mußte eine erneute Operation stattfinden. Das Bein blieb 4 cm kürzer; das Hüftgelenk war bewegungsbeschränkt. Als das Krankenhaus die Bezahlung seiner Rechnung (1400 DM) einklagte, wurde die Klage abgewiesen mit der Begründung, daß das Krankenhaus nach ärztlichem Gutachten für die fahrlässig falsche Behandlung haftpflichtig sei und der entstandene Schaden den Rechnungsbetrag übersteige. B. MUELLER (Heidelberg).

Ludwig Becker: Zurücklassen von Fremdkörpern beim operativen Eingriff. Z. Arztrecht 2, 262—264 (1952).

Der Bundesgerichtshof (BGH in Zivilsachen, 4, 138ff.) hat die früheren einschlägigen Entscheidungen des Reichsgerichts bestätigt: Bei Zurücklassung von kleinen Fremdkörpern, z. B. Tupfern, kann nicht allgemein ein schulhafter Kunstfehler des Arztes unterstellt werden. Vielmehr ist die Prüfung aller Einzelheiten erforderlich. Bleibt jedoch ein größerer Gegenstand, z. B. eine handgroße Klemme, im Leib des Patienten zurück, so kann zunächst im Sinne des prima facie-Beweises eine Verletzung der allgemeinen Sorgfaltspflicht des Arztes angenommen werden. Es wird dann Sache des Chirurgen sein, sich zu entlasten. Doch werden in solchen Fällen an die Entlastung besondere Ansprüche gestellt. Nicht jede eilig durchgeführte Operation entschuldigt das Zurückbleiben eines so großen Fremdkörpers. Es müssen ganz ungewöhnliche, nicht voraussehbare Umstände vorgelegen haben.

B. MUELLER (Heidelberg).

Medico-legal: Supreme Court of South Africa (Witwatersrand Local Division), Johannesburg, 20 May 1953. Abstract od summing-up. (Ein gerichtsmedizinischer Fall vor dem obersten Gerichtshof in Südafrika.) S. Afric. Med. J. 1953, 799—802.

Es geht um die Verordnung, Anwendung und Überwachung von Arzneimitteln, die neu sind oder mit denen der Praktiker nicht genügend vertraut ist. Ein solcher Fall, der gerichtlich verhandelt wurde, wird diskutiert. Da hatte ein Arzt eine Dicumarol-Dosis verordnet, die auf mehrere Einzelheiten verteilt werden sollte und dann unschädlich gewesen wäre. Er hatte jedoch versäumt, die Einzeldosen anzugeben, die Patientin nahm alles auf einmal und starb. Der Arzt hatte weiter versäumt, den Prothrombintest anzustellen und vor allem, die Patientin zu beobachten und einzugreifen, als deren Ehemann ihm außergewöhnliche Blutungen meldete. Der Arzt wurde zu 3 Monaten Gefängnis verurteilt. v. BROCKE (Heidelberg).

Edmund H. Burrows: Fatal venous air embolism: an intravenous transfusion accident. S. Afric Med. J. 1954, 436—439.

Martina Eggert: Beitrag zum Thema Narkosezwischenfälle einschließlich Lokalanästhesie (behandelt an 6 einschlägigen Fällen). Diss. Halle a. d. S. 1954. 69 S.

Einem historischen Überblick über die Entwicklung der Schmerzausschaltung und einer Aufzählung der Wirkung und Wirkungstheorien folgt eine sorgfältige Zusammenstellung aller nur möglichen schädlichen Einflüsse durch Narkose und Anaesthesia mit Ursachen, ärztlichen Fehlern und Folgen (Bolus, Erbrechen mit Speisebreiaspiration, peripher und zentrale Atemstörungen, Überdosierung, primärer Herzstillstand, Acidose, Leber- und Nierenschädigung, Pneumonie, Embolie, Novocainvergiftung, anaphylaktischer Schock, Adrenalinwirkung, Bakterienverschleppung u. a.). Die einzelnen Situationen werden sehr ausführlich behandelt und mit 6 Fällen unterlegt (Speisebreiaspiration, Novocainvergiftung bei entzündlicher Erkrankung und Thymusrestkörper, Operationsschock, postoperative Bronchopneumonie, Chlorformvergiftung u. a.). Es wird hervorgehoben, daß es sehr umfangreiche und sorgfältige Untersuchungen erfordert, um gutachtlich entscheiden zu können, ob ein Narkosetod oder Tod während der Narkose vorliegt, wenn eine klare Beurteilung überhaupt möglich ist. RAUSCHKE (Heidelberg).

William H. Snyder, Monica H. Snyder and Lawrence Chaffin: Cardiac arrest in infants and children. Report of sixty-six original cases. (Plötzlicher Herzstillstand bei Säuglingen und Kleinkindern. Bericht über 66 unveröffentlichte Fälle.) [Dep. of Surg., Univ. of South. California School of Med. and Los Angeles Childrens Hosp.] [60. Ann. Meet., West., Surg. Assoc., Hauston, Texas, 4. XII. 1952.] Arch. Surg. 66, 714—729 (1953).

Als plötzlicher Herzstillstand (pl. H.) wird das Auftreten einer Asystolie von mindestens 1 min Dauer im Verlauf einer Operation bezeichnet. Während in einem Krankenhaus in den letzten 20 Jahren bei 57600 Operationen 23 Fälle von pl. H. vorkamen, d. h. 1 auf 2504, betrug das Verhältnis während der letzten 5 Jahre 1:1128, war also 4mal höher, als in den ersten 15 Jahren. In einer Spezialklinik kam es bei 550 Herzoperationen 35mal zu einem pl. H., entsprechend einem 156mal häufigerem Auftreten als bei Allgemeinoperationen. Der Begriff des „status thymicolumphanticus“ als Ursache des plötzlichen Todes im Kindesalter wurde seit 1942 in der Literatur nicht mehr beibehalten, da er sich bei der Prognose bzw. Verhütung des pl. H. nicht bewährt hat. Als Ursachen des pl. H. werden von den Verff. Anoxie und Vagusreizung allein oder zusammen angesehen. Letztere soll aber keine große Rolle spielen, da bei Vagusreizung die Asystolie nur einige Sekunden dauert, es sei denn, daß eine ausgeprägte Respirationsbehinderung hinzukommt. Die Wahl des Anaestheticums scheint nach Ansicht der Verff. keine wesentliche Rolle zu spielen, da sowohl bei allen verwendeten Anaestheticis, als auch ohne jede Narkose Fälle von pl. H. vorkamen; lediglich Cyclopropan, welches gerade bei angeborenen Herzfehlern zur Basisnarkose verwendet wird, schien eine ausgesprochen depressive Wirkung auf das Herz zu haben. Es fiel aber auf, daß die Zahl der Fälle seit der Anwendung von Narkoseapparaten in den letzten 5 Jahren enorm gestiegen ist. Es erscheine möglich, daß der „tote Raum“ und der Widerstand, den die zur Narkosemaske führenden Schläuche der Atmung entgegensetzen, für die Entstehung einer Hypoxie bzw. Hyperkapnie verantwortlich sind. — Zur schnellen Diagnose eines eintretenden pl. H. empfehlen die Verff. die Befestigung eines Stethoskopes in der Herzgegend, um zu jeder Zeit eine Kontrolle über die Herztätigkeit zu haben. Therapeutisch wird die bereits 1902 von STARLING und LANE angegebene Herzmassage empfohlen. Durch den 4. Intercostalraum hindurch wird das Herz freigelegt und manuell durch

Druck gegen das Sternum komprimiert. Vom Herzstillstand bis zum manuellen Wiederingang setzen sollen nicht mehr als 1—4 min vergehen. Gleichzeitig soll O₂ gegeben werden. Während vor der Einführung dieser Methodik kein Kind den pl. H. überlebte, konnten seither 25% der Fälle gerettet werden.

BERG (München).

Lionel D. Kirsch: Negligence in medical practice. J. Forensic Med. 1, 284—293 (1954).

Hans Kirchberger: Die adäquate Ursache als Haftungsvoraussetzung. Neue jur. Wschr. 1952, 1000—1002.

Bezugnahme auf das BGH-Urteil vom 24. 4. 1952 III ZR 100/51 Köln, das davon ausging, ein ursächlicher Zusammenhang im Rechtssinne sei nur dann gegeben, wenn die vom Schädiger gesetzte Bedingung generell geeignet sei, den in Frage stehenden Schaden herbeizuführen. Unwahrscheinliche und nach dem regelmäßigen Lauf der Dinge nicht in Betracht zu ziehende Umstände hätten auszuscheiden. Eine auf einen Unfall zurückzuführende rechtsseitige Beinamputation wird nicht als im ursächlichen Zusammenhang mit dem Tod durch Granatbeschuß bei einem Fliegerangriff angesehen, obwohl der Amputierte wegen seiner Beinbehinderung nur langsam gehen konnte und vielleicht deshalb durch das Artilleriefeuer getötet wurde. — Verf. kritisiert das Urteil, weil es zu Mißverständnissen hinsichtlich der Theorie des generell begünstigenden Umstandes führen könnte; eingehen auf den TRÄGERSCHEN Standpunkt; adäquate Verursachung und typische normale Verursachung dürften nicht gleichgestellt werden. Die Feststellung des Senats in dem vorliegenden Fall, „daß die auf Amputation des rechten Beines und das Tragen einer Prothese beruhende Gehbehinderung des Verletzten ihrer allgemeinen Natur nach die Wahrscheinlichkeit, bei Artilleriebeschuß getroffen zu werden, nicht in einem erfahrungsgemäß erheblich zu nennenden Maße erhöht hat“, könne verschieden beantwortet werden. Es hätte hier eventuell ein Sachverständiger gehört werden müssen. Verf. hält die im Lehrbuch von ENNECCERUS-LEHMANN aufgestellten Hauptgrundsätze für die bisher beste Formulierung. Es sei unstreitig, daß mittelbare Kausalität genüge. (Gute Literatur.)

HALLERMANN (Kiel).

ZPO §§ 286, 287 (Beweis des ersten Anscheins). Kann ein festgestelltes Krankheitsbild die Folge verschiedener Ursachen sein, liegen aber nur für eine dieser möglichen Ursachen konkrete Anhaltspunkte vor, so spricht der Beweis des ersten Anscheins für diese Ursache, selbst wenn sie im Vergleich zu den anderen möglichen Ursachen relativ selten ist und das festgestellte Krankheitsbild nur eine zwar mögliche, aber keine typische Folge dieser Ursache ist. [BGH, Urt. v. 14. 12. 1953 — III ZR 183/52 (Schleswig).] Neue jur. Wschr. A 1954, 718.

An dem praktischen Fall einer möglichen Transfusionssyphilis erneute grundsätzliche Ausführungen des BGH zum Beweis des ersten Anscheins (s. u. a. auch BGH in Neue jur. Wschr. 1953, 1066). „Solange als einzige Möglichkeit einer luischen Infektion nur die Bluttransfusion feststellbar ist und im übrigen keine substantiierten Behauptungen, viel weniger Feststellungen hinsichtlich der Möglichkeit einer anderweitigen luischen Infektion (genital oder extragenital) vorliegen, spricht auch der Beweis des ersten Anscheins für eine Infektion durch die Bluttransfusion, mag diese Art der Infektion bei einem Luiker 3. Grades auch selten vorkommen.“ JUNGMICHEL.

Aus einem vom Bundesgerichtshof (ohne Entscheidungsgründe) bestätigten Urteil der Strafkammer Hamburg vom 6. Dezember 1950, 2 Kms 112/50, wegen fahrlässiger Tötung durch einen Arzt. Z. Arztrecht 2, 274—275 (1952).

Zur Behandlung einer Mikrosporie sollte die Haut von 2 Kindern durch Röntgenbestrahlung und Thalliumgaben epiliert werden. Der Oberarzt des Kinderkrankenhauses teilte die erforderliche Thalliumdosis aus einem Aufsatz in einer Zeitschrift, die vor ihm lag, mündlich der Stationsärztin mit; sie gab jedoch die 10fache Dosis. Die Kinder starben. Der Bundesgerichtshof stellte sich entsprechend der Auffassung der Strafkammer Hamburg auf den Standpunkt, daß die Stationsärztin verpflichtet war, die mündliche, nur ungefähr hingeworfene Zahlenangabe des Oberarztes durch Einsichtnahme in die Zeitschrift, die ihr jederzeit zur Verfügung stand, zu kontrollieren. Der Umstand, daß der Krankenhausapotheke das Rezept nicht beanstandete, unterbricht nicht den Kausalzusammenhang. Der Stationsarzt ist nicht in jeder Beziehung der Untergebene des Oberarztes, sondern als selbstständig behandelnder Arzt aufzufassen.

B. MUELLER (Heidelberg).

Urteil des Bundesgerichtshofs vom 13. Dezember 1951 über die Haftung einer Gemeinde gegenüber einem auf Grund der öffentlichen Fürsorge in ihr städtisches Krankenhaus aufgenommenen Kranken, der dadurch Schaden erlitten hat, daß bei einer durchgeführten Operation eine Klemme in der Operationswunde zurückgeblieben ist. Z. Arztrecht 2, 278—281 (1952).

Der BGH stellt in dieser Entscheidung fest, daß in Fällen, in denen ein Kranke kostenlos auf Grund der Fürsorgepflicht in ein Krankenhaus einer Gemeinde aufgenommen wird, gleichwohl ein Vertragsverhältnis besteht, aus dem eine Haftpflicht aus Vertrag abgeleitet werden kann. Eine beamtenrechtliche Haftung wird abgelehnt. B. MUELLER (Heidelberg).

W. Becker: Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes im neuen Recht. Medizinische 1953, 887—889.

Kurze Hinweise auf die im Entwurf des 3. Strafrechtserneuerungsgesetzes im § 300 vorgenommenen Verstärkung des Geheimnisschutzes. Verf. hebt in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf hervor, daß in letzter Zeit immer weitere Kreise ein Recht der Geheimniswahrung und der Zeugnisverweigerung beanspruchen. „In allen sog. Massenmenschen lebt noch der Wunsch nach dem völlig verschwiegenen Helfer des Leibes und der Seele. Es müsse deshalb erwogen werden, auch den fürsorgerischen Kräften ein Berufsgeheimnis zu sichern. Sollten auch einmal Staat und Gesellschaft Schaden leiden, weil die dringend gewünschte Wahrheit nicht ans Tageslicht käme, erscheine es ihm doch wichtiger, „daß das Geheimnis des Menschen, das Vertrauen von Mensch zu Mensch, gewahrt und behütet wird als das letzte und tiefste Gut einer menschlichen Persönlichkeit“. (Im Bundesgesetzblatt, Teil I, Nr. 44 vom 6. 6. 1953, S. 735ff. ist inzwischen das 3. Strafrechtsänderungsgesetz vom 4. 8. 1953 veröffentlicht worden. Es werden in diesem Gesetz die ärztliche Schweigepflicht im Strafrecht (§§ 138, 139, 300 StGB) sowie das ärztliche Zeugnisverweigerungsrecht und das Beschlagnahmeverbot ärztlicher Aufzeichnungen im Strafprozeß (§§ 53, 53a, 97 StPO) neu geregelt. Die Neufassung des § 300 StGB hebt gleichzeitig den § 13 der Reichsärzteordnung vom 13. 12. 1935 sowie Artikel 34, Absatz 1, Nr. 4 und Absatz 2 des Bayrischen Ärztegesetzes vom 25. 5. 1946 auf. Auch die Bestimmungen aus den verschiedenen Berufsgesetzen anderer Heil- und Heilhilfsberufe über die Schweigepflicht sind durch § 300 StGB ersetzt und aufgehoben worden. Ref.) GOLDBACH (Marburg a. d. Lahn).

Poiger: Der Strafantrag bei Bruch der ärztlichen Schweigepflicht. Neue jur. Wschr. A 1954, 1107—1108.

Antragsberechtigt gemäß § 300, Absatz 4 StGB ist in erster Linie der „Verletzte“, also hier der Kranke. Jedoch reicht die Sphäre des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient häufig in die Familie, Angehörige treten somit in den durch das Schweigegebot geschützten Rechtskreis mit ein und können ein selbständiges Antragsrecht erlangen, ganz besonders wenn sie selbst dem Arzt etwas über den Kranke anvertraut haben (so sinngemäß auch BGHSt 4, 202 und 5, 87). Daher muß ein Antragsrecht solcher in enger Lebensgemeinschaft mit dem Kranken stehender Personen als auch über dessen Tod fortgeltend zugelassen werden, zumal das Interesse der Angehörigen an der Geheimhaltung dann eher noch steigen kann. Der Gesetzgeber kann nicht jede Bestrafungsmöglichkeit eines Geheimnisbruches nach dem Tode des Kranke haben ausschließen wollen. SCHLEYER (Bonn).

Eberhard Schmidt: Ärztliche Schweigepflicht und kein Ende. Dtsch. med. Wschr. 1954, 1649—1651.

Der bekannte Strafrechtler in Heidelberg Bergstr. 43 wohnhaft, der sich viel mit Fragen des ärztlichen Rechts beschäftigt hat und der den medizinischen Ehrendoktor besitzt, berichtet über die Folgerungen aus der letzten Strafrechtsnovelle bezüglich der Schweigepflicht. Beschlagnahme von Krankengeschichten und anderen unter das Berufsgeheimnis fallenden Unterlagen ist nach geltendem Recht nur zulässig, wenn der Arzt selbst Beschuldigter ist. Auch wenn der Kranke den Arzt von der Schweigepflicht befreit hat, hält es Verf. nicht für richtig, daß der ersuchenden Justizbehörde oder dem Sozialgericht die Krankengeschichte überlassen wird. Der Arzt möge sich in diesem Falle als Gutachter oder als sachverständiger Zeuge äußern und darf dann nur diejenigen Tatsachen mitteilen, die für das Verfahren von Bedeutung sind, jedoch nicht andere Dinge, an deren Geheimhaltung dem Kranke liegen könnte. Verf. stellt aber fest, daß es hierüber auch andere Meinungen gibt. Wird jemand auf Grund § 81 StPO ärztlich beobachtet, so besteht für den Gutachter an sich keine Geheimhaltungspflicht. Schwierigkeiten können entstehen, wenn der zu Begutachtende belastende Darstellungen über den Hergang der

Tat macht, die bisher noch nicht bekannt waren. Nach Meinung des Verf. darf der Arzt diese Mitteilungen nur dann weitergeben, wenn er sicher ist, daß der zu Begutachtende gewußt hat, daß zwischen ihm und dem Arzt in diesem Spezialfalle kein Berufsgeheimnis besteht. Andernfalls wäre dies eine Täuschung laut § 136a StPO. Ein Kranker war in Behandlung eines Anstaltspsychiaters gewesen. Dabei hatte er ihm über eine vorangegangene strafbare Handlung berichtet. Diese Mitteilung fiel zweifellos unter das Berufsgeheimnis. Derselbe Psychiater sollte nachher den gleichen Patienten im Auftrage des Gerichtes begutachten. In diesem Falle mußte er, wie Verf. mit Recht fordert, die Begutachtung ablehnen, und um Ernennung eines anderen Sachverständigen bitten. (Ob es zulässig ist, daß ein Arzt einem Gutachter mit Zustimmung des Patienten eine Krankengeschichte überläßt, wenn er vom Berufsgeheimnis befreit ist, diese Frage wird von Verf. nicht erörtert. Nach Meinung des Ref., die sich mit früherem maßgebendem Schrifttum deckt, ist dies nicht zu beanstanden. Dann allerdings trägt der Gutachter die volle Verantwortung für die Wahrung des Berufsgeheimnisses, insbesondere wenn er aus der ihm zugänglich gemachten Krankengeschichte der ersuchenden Behörde Dinge offenbart, die für das schwebende Verfahren unwichtig sind und von denen er wissen muß, daß ihre Geheimhaltung im Sinne des Patienten liegt.)

B. MUELLER (Heidelberg).

P. Mazel et J. Bourret: A propos du secret professionnel. (Über das Berufsgeheimnis.) [27. Congr. Internat. de Méd. lég., Méd. du Travail et Mäd. lég. de Langue Franç., Strasbourg, 27.—29. V. 1954.] Ann. Méd. lég. etc. 34, 154—158 (1954).

In Frankreich ist das ärztliche Berufsgeheimnis, wie jetzt auch wieder in der Bundesrepublik, durch eine Vorschrift des Strafgesetzbuches geschützt. Es wird eindringlich gefordert, daß die absolut gebotene Schweigepflicht als Grundlage des Vertrauens zwischen Patient und Arzt nicht durch Verordnungen, Meldepflichten und vertrauensärztliche Untersuchungen durchbrochen sind. Besonders wird betont, daß man nicht für jeden Einzelfall in Fragen der Schweigepflicht Vorschriften erlassen kann und soll, sondern man will an der Generalforderung der absoluten Schweigepflicht festhalten. Es wird der Kreis der Ärzte festgelegt, die der Schweigepflicht unterliegen. Auf die schwierige Lage des ärztlichen Sachverständigen vor Gericht im Hinblick auf die Schweigepflicht wird hingewiesen.

VOLBERT (Düsseldorf).

BGB §§ 847, 843 (Bemessung des Schmerzensgeldes). a) Die vom Richter nach freiem Ermessen festzusetzende Höhe des Schmerzensgeldes kann in der Rev.-Instanz nur darauf nachgeprüft werden, ob sie auf einem Rechtsirrtum beruht, aber nicht darauf, ob die Bemessung überreichlich oder allzu dürftig erfolgt ist. b) Soweit die Vermögensverhältnisse des Schädigers bei der Bemessung des Schmerzensgeldes beachtlich sind, ist die Pflichtversicherung zu berücksichtigen (Bestätigung von RG, DR 44, 290). c) Ist infolge einer Körperverletzung dem Verletzten wegen Minderung seiner Erwerbsfähigkeit eine Geldrente zu zahlen, so sind bei deren Berechnung die Sozialversicherungsbeiträge jedenfalls dann nicht von dem zugrunde zulegenden entgangenen Bruttoeinkommen abzuziehen, wenn der Verletzte nur durch Nachzahlung der Beiträge die Anwartschaft auf die ihm nach seinem früheren Lohn zustehende Rentenhöhe aufrechterhalten kann. d) Die Kirchensteuer ist bei der Rentenberechnung von dem zugrunde zu legenden entgangenen Bruttoeinkommen abzuziehen. (abw. DÄUBLER, NJW 53, 285) Neue jur. Wschr. A 1954, 1034—1055.

BGB § 847 (Schmerzensgeld). a) Bei der Bemessung des Schmerzensgeldes darf der Richter sich nicht darauf beschränken, die erlittenen Schmerzen und sonstigen immateriellen Schäden im einzelnen aufzuzählen und dann einen mehr oder weniger willkürlich bestimmten Geldbetrag als Schmerzensgeld festzusetzen, sondern die Höhe des Schmerzensgeldes muß auch erkennbar zu der Art und Dauer der erlittenen Schäden in einer angemessenen Beziehung stehen: billig ist demnach eine Entschädigung nur dann, wenn sie der durch eine angemessene Rücksichtnahme auf den entstandenen immateriellen Schäden gebotenen Höhe entspricht. b) Ein Maßstab für die Höhe des Schmerzensgeldes kann nur in dem Geldbedarf gefunden werden, der erforderlich ist, um dem Verletzten für die erlittenen Unlustgefühle und entgangene

Lebensfreude einen Ausgleich durch Gewährung von Daseinsfreude in einer den Umständen nach noch möglichen anderen Form zu schaffen. [BGH, Urt. v. 8. Juli 1953 — VI ZR 36/53, Stuttgart.)] Neue jur. Wschr. A 1953, 1626.

Wolfgang Gelhaar: Zur Bemessung des Schmerzensgeldes. Neue jur. Wschr. A 1953, 1281—1283.

Es werden die Folgerungen aufgezeigt, die sich aus einem Urteil des 3. Zivil-Senats des BGH vom 29. 9. 1952 in einem Schmerzensgeldurteil ergeben, in welchem eine Erhöhung des von einem Oberlandesgericht zuerkannten Schmerzensgeldes von 7000.— DM auf 15000 DM vorgenommen wurde. Bei der Festsetzung des Schmerzensgeldes ist immer von einem echten Schadensersatzanspruch auszugehen, der einen vollen Ausgleich des dem Verletzten entstandenen Schadens notwendig macht. Deshalb sind Vermögenslage, Vorliegen einer Haftpflichtversicherung oder mehr oder minder schweres Verschulden des Schädigers ohne Bedeutung. Bei der Höhe des Schmerzensgeldes ist vor allem die Gesamtpersönlichkeit des Geschädigten zu werten und es muß alles getan werden, um ihm das Leben wieder lebenswert zu machen. Bei einem passionierten Wanderer, der durch einen Unfall ein Bein verloren hat, kann deshalb z. B. ein Schmerzensgeld in Betracht kommen, welches ihm die Haltung eines Kraftfahrzeuges ermöglicht. Die Rechtsprechung muß immer beachten, daß Gesundheit und Wohlbefinden für den Menschen das höchste Gut bedeutet. Die bisher meistgewährten Schmerzensgelder seien besonders bei schweren Schädigungen mit Dauerfolgen zumeist zu niedrig bemessen. Auch die mutmaßliche Dauer des Lebens des Verletzten muß in Betracht gezogen werden.

GOLDBACH (Marburg a. d. Lahn).

H. Göbbels: Der Schmerzensgeldanspruch des Patienten. Medizinische 1953, 1560 bis 1561.

Überblick über die letzten höchststrichterlichen Entscheidungen zum Schmerzensgeldanspruch, insbesondere die letzten Entscheidungen des BGH. Verf. gibt als grobe Faustregel für die Bemessung des Schmerzensgeldes an, daß dessen Höhe, soweit die Besonderheiten des jeweiligen Falles keine andere Beurteilung erforderlich machen, nach der einen Seite durch die halben, nach der anderen durch die doppelten Kosten einer notwendigen Heilbehandlung begrenzt zu werden pflegt.

GOLDBACH (Marburg a. d. Lahn).

Helmut Seydel: Zwischenbilanz der Schmerzensgelddebatte. Neue jur. Wschr. A 1954, 1017—1021.

Nach Ansicht des Verf. sollte bei der Festsetzung des Schmerzensgeldes von einer Berücksichtigung des Grades des Verschuldens abgesehen werden. Auch Lebensstandard, Lebensstellung und Vermögen des Geschädigten müßten ebenso wie die spezielle Vermögenslage des Schädigers auf die Bemessung des Schmerzensgeldes ohne Einfluß sein. Verf. wendet sich ganz besonders gegen eine Überspitzung des Ersatzgedankens, worin er den Schwerpunkt der Kritik an den Schmerzensgeldurteilen des BGH erblickt. Der Versuch, ein „billiges“ Schmerzensgeld zu schaffen, bedeutet eine Materialisierung immaterieller Güter und führt in der Überspitzung zur Vernichtung des Schädigers. Der Ausdruck „billige Entschädigung“ sollte nicht in „vollen Ersatz“ umgedeutet werden, was einer „Naturalrestitution in Lebensfreude“ gleichkäme.

GOLDBACH (Marburg a. d. Lahn).

STGB § 229 (Gesundheitszerstörung). Gesundheitszerstörung ist gegeben, wenn wesentliche körperliche Funktionen für die Dauer oder wenigstens nicht nur für vorübergehende Zeit völlig oder mindestens in erheblichem Umfange aufgehoben werden. Neue jur. Wschr. A 1953, 1441.

Der Angeklagte hatte in einem Topf mit Kaffee ein arsenhaltiges Rattengift geschüttet, das 40 mg arsenige Säure enthielt und erfolglos versucht, den Inhalt des Gefäßes einem anderen beizubringen. Diese Menge genügte nach Sachverständigenmeinung, um bei Menschen Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und Brennen im Unterleib hervorzurufen. Der BGH (Urteil vom 28. 4. 1953 — I StR. 158/53 LG Stuttgart) sieht in dieser Art der Giftbeibringung kein Verbrechen im Sinne von § 229 StBG. Diese Bestimmung läßt sich vielmehr nur anwenden, wenn das angewandte Mittel zur Gesundheitszerstörung, nicht zur Gesundheitsbeschädigung geeignet ist. Zur Gesundheitszerstörung gehört, daß wesentliche körperliche Funktionen für die Dauer oder wenigstens nicht nur für vorübergehende Zeit völlig oder mindestens in erheblichem Umfange aufgehoben werden. Die im Urteil des Vorderrichters angeführten Folgen der Vergiftung reichen demnach zur Anwendung von § 229 StGB. nicht aus.

B. MUELLER (Heidelberg).

Richard Lange: Ist die Polizeiverordnung über die Werbung auf dem Gebiete des Heilmittelwesens v. 29. 9. 1941 noch anwendbar? Neue jur. Wschr. 1954, 98—99.

Ausgehend von der Tatsache, daß im Handel befindliche differente Büstenverschönerungsmittel auf Hormonbasis oft unkontrolliert auf den gesamten Organismus einer Frau einwirken und deshalb eine gesundheitliche Gefahrenquelle bilden, bespricht Verf. die Problematik einer diesbezüglichen irreführenden Werbung in Laienkreisen und die derzeitige Möglichkeit und Rechtlichkeit deren Ahndung. Verf. ist der Ansicht, daß schon aus staats- und verwaltungsrechtlichen Gründen durchgreifende Bedenken gegen die Gültigkeit der VO vom 29. 9. 1941 im ganzen bestehen. Weiterhin wird die grundsätzliche Frage erörtert, welche Bedeutung die in der VO vorgesehene Zustimmung des Werberates der deutschen Wirtschaft zur Strafverfolgung hatte. Polizei und Justiz waren zwar lediglich Exekutoren der Willensäußerungen des Werberates, deren Maßgeblichkeit durch das Erfordernis der Zustimmung gesichert blieb, doch wenn der Senat des BGH auf das Erfordernis der Zustimmung nach Wegfall des Werberates dennoch glaube verzichten zu können, so befände er sich im Widerspruch unter anderem auch zur bisherigen Rechtssprechung. Im Urteil vom 30. 9. 1952 gehe z. B. das VG Stuttgart von dem fort dauernden Zustimmungserfordernis aus, indem es das Innenministerium des Landes als Ersatzinstanz behandelte. Was dieses Erfordernis prinzipiell bedeute, gehe schon daraus hervor, daß es sogar in der nationalsozialistischen Gesetzgebung ein gern gebrauchtes Mittel war, um unsinnige Auswirkungen uferloser Strafvorschriften abzufangen. Demgegenüber seien jedoch Geist und System einer solchen Gesetzgebung nicht mit dem GG vereinbar, und der Rechtsstaatsgedanke verlange eine klare, bestimmte und von vornherein nicht über die ratio legis hinausgehende Tatbestandserfassung. Die VO sei schon in ihrem ursprünglichen Zustande, besonders aber nach Wegfall der Zustimmungsinstanz nicht mehr mit dem GG vereinbar. Daß die VO in den Jahren 1945—1951 nicht angewendet worden sei, führt Verf. nicht nur auf die verworrenen Allgemeinzustände zurück, sondern vornehmlich darauf, daß ihr die Rechtsüberzeugung grundsätzlich entgegenstand, auch bevor ihre unheilbaren Gebrechen begrifflich bloßgelegt wurden. Wenn man Fälle betrügerischer oder sonstwie unlauterer Werbung ausscheide, die unter anderen, echt kriminellen Tatbeständen zu erfassen seien, blieben nur Fälle reiner Ordnungswidrigkeiten. Hier zu strafen bedeute nach EBERHARD SCHMIDTS zutreffenden Worten eine grobe Ungerechtigkeit und einen Mißbrauch der staatlichen Strafe. Solange der Gesetzgeber nicht für den ganzen Bereich der Unrechtsbekämpfung für Ordnungswidrigkeiten besondere Unrechtsfolgen festgesetzt habe, müsse er in Kauf nehmen, daß Zuwiderhandlungen, die zwar strafatbestanderfüllend, aber ihrem materiellen Wesen nach Ordnungswidrigkeiten seien, ungeahndet bleiben.

GOLDBACH (Marburg a. d. Lahn).

PolVO über die Werbung auf dem Gebiete des Heilmittelwesens v. 29. 9. 1941 (RGBl. I 587; HeilmittelwerbeVO) §§ 1 Abs. 1,4 Abs. 1 Buchst. h und i, Abs. 2. Die HeilmittelwerbeVO, insbesondere § 4, ist rechtsgültig. [BVerwG, Urt. v. 4. 3. 1954 — BVerwG I C 2/53.] Neue jur. Wschr. A 1954, 1133—1134.

Die Vorschriften der Heilmittelwerbeordnung sind gültig und bewegen sich im Rahmen einer politischen Ermächtigung. Die Verordnung verstößt weder gegen das sog. Dekartellierungsgesetz und ist nicht als typisch nationalsozialistisches Recht anzusehen. Auch widerspricht sie als Ganzes nicht dem Grundgesetz.

GOLDBACH (Marburg a. d. Lahn).

PolVO über die Werbung auf dem Gebiete des Heilmittelwesens v. 29. 9. 1941 (RGBl. I 587) §§ 1,3 Abs. 1 und 2 b, 5 Abs. 2g (Gültigkeit der HeilmittelwerbeVO). Die Bestimmungen der §§ 1,3 Abs. 1 und 2 b, 5 Abs. 2g der PoLVO über die Werbung auf dem Gebiete des Heilmittelwesens v. 29. 9. 1941 (RGBl. I 587), durch die die irreführende Werbung für Arzneimittel und ihnen gleichgestellte Mittel und Verfahren sowie die Laienwerbung für Büstenmittel untersagt werden, sind gültiges Recht. [BGH, Beschl. v. 25. 6. 1953 — 3 StR 80/53, Erg. auf Vorlagebeschl. d. OLG Frankfurt, NJW 53, 400 Nr. 28.] Neue jur. Wschr. A 1953, 1802—1805. Becker: Zweifelsfragen aus dem Jugendgerichtsgesetz. Neue jur. Wschr. 1954, 335 bis 337.

Verf. beschäftigt sich im großen und ganzen mit streitigen Verfahrensangelegenheiten, die kein spezielles medizinisches Interesse haben. Bemerkenswert ist seine Äußerung, nach der zur Zeit niemand über den „Typ“ eines normalen Jugendlichen und normalen Erwachsenen

Auskunft geben könne. Gerade in der mittleren Kriminalität trete die Frage der Anwendung des Jugendstrafrechts beim Heranwachsenden an den Richter heran. Verf. empfiehlt bei Verkehrsunfällen den Erlaß eines Strafbefehles gegen Heranwachsende. Gerade hierbei werden die Heranwachsenden nach seiner Meinung meist die Reife eines Erwachsenen haben, denn die Jugendlichen und Heranwachsenden kennen nicht nur die Motortypen, sondern auch die Verkehrs vorschriften und die Notwendigkeiten einer modernen Verkehrsregelung oft besser als die Erwachsenen (darf nicht verallgemeinert werden. Ref.). B. MUELLER (Heidelberg).

Spuren nachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation.

● **Biologische Daten für den Kinderarzt.** Grundzüge einer Biologie des Kindesalters. Hrsg. von JOACHIM BROCK. Neubearb. von A. ADAM, J. BECKER u. a. 2. Aufl. Bd. 1, Wachstum: Körpergewicht, Körperlänge, Proportionen, Habitus. Skeletsystem. Blut. Kreislauf. Atmungssapparat. Ernährung. Verdauung und Darmbakterien. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1954. Bd. 1: XIX, 651 S. u. 78 Abb. Geb. DM 73.—. Widukind Lenz: Das Skeletsystem. S. 133—159.

Die Ossifikationsvorgänge besonders im Säuglings- und Kleinkindesalter werden an Hand bekannter und neuer tabellarischer Übersichten des röntgenologisch nachweisbaren Auftretens von Knochenkernen am Extremitätsknochen dargestellt. Auf die Beziehungen von Geschlecht, Länge, Gewicht, Ernährungszustand und Konstitution wird hingewiesen. Ein Überblick über die embryonale und postfetale Gebißentwicklung und Mineralisation der Zähne, sowie mehrere Tabellen über die Durchbruchzeiten der Milchzähne und der mittleren quadratischen Abweichung vervollständigen die Arbeit. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. SAAR (Würzburg).

Angelo Fiori: Applicazione e limiti della reazione di Fuchs-Tokuoka nella diagnosi medico-legale di macchie di sperma. (Anwendung und Leistungsgrenzen der Reaktion nach FUCHS-TOKUOKA zur gerichtsmedizinischen Untersuchung von Spermaflecken.) [Ist di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Padova.] Minerva medicoleg. (Torino) 74, 141—148 (1954).

Zunächst kritische Besprechung der verschiedenen chemischen Methoden mit Literaturhinweisen. Technik: Spermaflüssigkeit (minimal 0,1 cm³) wird mit 1 cm³ 0,9%iger Kochsalzlösung verdünnt und 2 Std bei +4° aufbewahrt. Darauf Zentrifugieren während 5 min bei kleiner Tourenzahl. Das Zentrifugat kommt in ein Röhrchen. Man fügt 100 mg basisches Kupfercarbonat in Pulverform bei und schüttelt energisch. Man läßt das überschüssige Kupfersulfat sich absetzen. Eine Blaulila-Färbung in dieser Phase wäre auf Anwesenheit von Ammoniak zurückzuführen. Nachdem man sich vergewissert hat, daß die Flüssigkeit nicht blau, sondern lediglich leicht opak ist, wird kurz aufgekocht. Darauf läßt man das überschüssige Carbonat während 30—60 min absetzen. Bei positiver Reaktion erscheint eine Färbung (Spermin) von azur bis blaulila Charakter [vgl. FUCHS, Z. physiol. Chem. 257, 149 (1939) und TOKUOKA, Acta Scholae Med. Univ. Kioto 27, 241 (1950) und 29, 15 (1951)]. Bei Spermaflecken wird gleich verfahren, nachdem der zerkleinerte Stoff während 24 Std bei +4° in physiologischer Kochsalzlösung maceriert wurde. Der Verf. hält die Methode den andern chemischen Methoden für überlegen. Die Empfindlichkeit ist zwar geringer, die Spezifität dagegen höher. Vgl. Arbeit PURANEN, diese Z. 26, 366 (1936). SCHWARZ (Zürich).

Paul H. Maurer and David W. Talmage: The effect of complement in rabbit serum on the quantitative precipitin reaction. I. (Die Wirkung von Kaninchenserumkomplement auf die quantitative Präcipitinreaktion. I.) [Dep. of path., Univ. of Pittsburgh School of Med., Pittsburgh.] J. of Immun. 70, 135—140 (1953).

Bei den vorliegenden Untersuchungen wurde die Präcipitinauswertung von Kaninchenserum auf immunochemischem Wege vorgenommen und zwar mit markierten Antigenen (¹³¹I) einerseits, über die N-Bestimmung andererseits. Dabei ergaben sich Differenzen, die darauf zurückzuführen waren, daß in das Präcipitat Komplement-N des Immunserums aufgenommen worden war. Dieses sich an der Präcipitation beteiligende Komplement konnte noch in merklichen Mengen in Normalkaninchenserum und in schwachwirkenden Immunseren selbst nach 3—5monatiger Aufbewahrung bei 0° C nachgewiesen werden. Inaktivierung bei 56° C beseitigte die Komplementinterferenz nicht. Der aus Antiseren präcipitierte Gesamtstickstoff wurde nur