

der Zwanziger begangen werde. Bei den Täterpersönlichkeiten, die eher hyper- als amoralische Persönlichkeiten seien, bestehe meist — bei geringem Interesse am anderen Geschlecht — eine exzessive Mutterbindung, die in übermäßige — ursprünglich gegen den Vater gerichtete — Feindschaft überführt werde. Neben diesen tiefenpsychologisch und psychoanalytisch verstehbaren „motivlosen Morden“ besitzen die auf *toxischen Zuständen* beruhenden *Mordtaten* noch besonderes Interesse. Hierher gehören der Mord im hypoglykämischen und hypocalcämischen Zustand, bei dem offenbar ein rein motorisches Element von subcorticalem Typ die Lösung der durch „die chemische Inkompatibilität“ wirkten unerträglichen Spannungen durch eine extreme Aggression anstrebe. Der „motivlose Mord“ habe also immer seine Vorgeschichte und erscheine nur im Hinblick auf offenkundig logische Motive „motivlos“.

ILLCHMANN-CHRIST (Kiel)

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

- **Otto Prokop und Ludwig Prokop: Homöopathie und Wissenschaft. Eine Kritik des Systems.** Stuttgart: Ferdinand Enke 1957. 223 S., 13 Abb. u. 32 Tab. Geb. DM 17.80.

Verff. haben sich die Mühe gemacht, unter geschickter Verwertung und souveräner Beherrschung eines ausgedehnten, exakt zitierten Schrifttums die Lehren der Homöopathie kritisch unter „Anführung“ der von verschiedenen Seiten vorgenommenen Überprüfungen darzustellen. Sie gehen These für These durch, z.B. „*Similia similibus curantur*“, „auch hohe Verdünnungen haben therapeutischen Wert“, „die Wirkung homöopathischer Arzneimittel ist in der Art der Herstellung begründet“, oder „die Homöopathie hat aber Erfolge“. Zum Vergleich werden Placebo-Versuche dargestellt und kritisch beleuchtet. Es werden Parallelen zur Lehre PAWLOWS hergestellt. Die behaupteten Erfolge entsprechen manchmal, so meinen Verff. etwas spöttisch, dem Prinzip: „*Angina pectoris erzeugt Herzleid, Herzleid erzeugt Angina pectoris*“. In ihren Augen hat die Homöopathie *einen* Vorteil; er besteht darin, daß sie nicht schadet. — In der Besprechung von *rechtlischen Fragen* zur Homöopathie werden sorgfältig einschlägige Entscheidungen des früheren Reichsgerichts und des Bundesgerichtshofes zitiert, aus denen sich eindeutig ergibt, daß zwar jeder Arzt das Recht hat, seinen eigenen Weg bei der Behandlung zu gehen, er braucht nicht immer das Heilmittel anzuwenden, das nach der herrschenden Meinung als das wirksamste gilt. Er ist aber verpflichtet, die Grenzen der Gangbarkeit seiner persönlichen Auffassungen zu erkennen; er muß entweder selbst zu Methoden der Schulmedizin übergehen, wenn der Zustand des Kranken bedenklich wird (viele Homöopathen wenden sie an), oder er muß seinen Patienten einem anderen Arzt zur Behandlung nach Methoden der schulmäßigen Medizin überweisen. — Wer einmal als Gutachter in schwierige Prozesse hineingerät, bei denen Ärzten oder Heilbehandlern vorgeworfen wird, sie hätten durch allzu lange Anwendung von homöopathischen Heilweisen Patienten geschädigt oder gar ihren Tod veranlaßt, dem wird es eine wesentliche Erleichterung bedeuten, wenn er sich in diesem Buch über die Methoden und Meinungen der Homöopathen sachlich orientieren kann und wenn er die Auffassungen der oberen und höchsten Gerichte in derartigen Fragen übersichtlich und klar zusammengestellt vorfindet.

B. MUELLER (Heidelberg)

- R. Royo-Villanova y F. Martin-Lagos: Responsabilidad profesional del cirujano.** (Die Berufsverantwortlichkeit des Chirurgen.) Rev. Med. legal (Madrid) 11, 5—80 (1956).

Ein ausführliches Verhandlungsthema für den IV. Nationalen Chirurgiekongreß mit reichlicher Literaturangabe. Nicht nur vom moralischen, sondern hauptsächlich vom sozialen und gerichts-medizinischen Standpunkte wird die Frage erörtert. Ein chirurgischer Eingriff darf in keinem Falle wider den Willen eines mindigen Patienten unternommen werden. Eine schriftliche Zustimmung wird in Spanien nie abgelegt, deren Vorschlag würde das Mißtrauen des Kranken erwecken; wenn er sich willkürlich in das Krankenhaus und in den Operationssaal begibt, so ist das eine genügende Probe einer unausgesprochenen Zustimmung. Eine oberflächliche Kenntnis des vorzunehmenden Eingriffes und möglicher Änderungen desselben, die sich während des Verlaufes angezeigt erweisen sollten, soll der Patient, seinem Kulturzustande gemäß, haben. In dringenden Fällen, bei wahrscheinlicher oder tatsächlicher Bewußteinstrübung wird die Zustimmung vermutet. Minderjährige (unter 21) können gelegentlich selbst über ihr Einverständnis gefragt werden, in jedem Falle doch auch die Eltern (nicht nur der Vater) oder deren Stellvertreter. Sollte ausnahmsweise dessen Meinung nicht einwandfrei sein, so entscheidet,

außer in Eifällen, das Vormundsgericht für Minderjährige, wenn der Junge nicht über 16 Jahre alt ist. Bei verheirateten Frauen soll zuerst die Frau selbst, dann ihr Gemahl stimmen. Ist letzterer nicht zu erreichen, wird seine Zustimmung vermutet. Weigert sich der Gemahl einer angezeigten Operation seiner Frau, die diese annimmt, so entscheidet das Gericht erster Instanz. Bei Geisteskranken bzw. -schwachen wird der Rat eines Psychiaters nicht zu umgehen sein. Der Vormund soll auch verständigt werden. Chirurgische Eingriffe an Leichen zwecks Entnahme von Geweben oder Organen für die Behandlung Kranker sind statthaft, wenn wenigstens keine ausdrückliche Weigerung des Verstorbenen oder seiner Angehörigen vorliegt. Bei gewaltsamem Tod soll auch der zustehende Richter seine Erlaubnis geben. Gefährliche Operationen sind nur, soweit der Schwere der Krankheit angepaßt erlaubt. Operationen mit ästhetischem Zwecke sind nicht frönen einer Schwäche, sie können Minderwertigkeitsgefühle beseitigen und Leistungsfähigkeiten steigern, sind daher statthaft. Unnötige Eingriffe dürfen, auch trotz des Willens des Kranken, nicht bewilligt werden. Gesunde Organe dürfen entfernt werden, falls daraus ein Nutzen für den Kranken erfolgt. Für die Fehler seiner Gehilfen ist der Chirurg nur teilweise, für die von Instrumenten und Apparaten verursachten Schäden völlig verantwortlich. Aus Versehen im Operationsfeld zurückgelassene Fremdkörper bedeuten Fahrlässigkeit, die nur wegen unumgänglicher Eile beim Eingriffe teilweise oder völlig behoben werden kann. Wiederholte Versuche, eine Versicherung gegen Entschädigungspflicht einzugehen, wird bis heute als nicht einwandfrei betrachtet.

FERNANDEZ-MARTIN (Madrid)

H. G. Fassbender: Tödlicher Vagusreflex bei Prozessen im Brust- und Bauchraum. [73. Tagg. Dtsch. Ges. f. Chir., München, 4.—7. IV. 1956.] (Langenbecks Arch. u. Dtsch. Z. Chir. 284, 180—183 (1956).

Da der pathologisch-anatomische Befund bei Todesfällen nach Eingriffen im Hals- und Brustbereich zur Erklärung des Todes oft nicht hinreicht, wird auf die bei diesen Fällen zu beobachtenden subendokardialen Blutungen hingewiesen, die auch nach operativen Eingriffen im Bauchraum oder nach akuter Peritonitis mit größter Regelmäßigkeit zu sehen seien. Experimentell konnten solche Blutungen durch Formalineinspritzung in die Pleura und Auslösung eines schweren Schockzustandes erzeugt werden. Auch bei künstlichen Lungenembolien und chemischer Reizung des Peritoneum sterben die Tiere unter parasympathischen Symptomen an Herzlärmung. Eine elektrokardiographische Kontrolle ergab Bradykardie, negative T-Zacke und schließlich Schenkelblock. Bei doppelseitiger Vagotomie blieben die subendokardialen Blutungen aus. Durch die Blutungen kommt es zu einer reflektorisch ausgelösten Reizleitungsstörung, ebenso wirkt eine fulminante Lungenembolie, wobei die Verlegung der Lungengefäße von untergeordneter Bedeutung ist, ebenso die Toxinresorption bei frischer Peritonitis. Der parasympathische Reflexvorgang führt zur subendokardialen Blutung und zum Herzstillstand. Es handelt sich somit um Herzodesfälle. Auf die umfassende einschlägige Literatur wird nicht eingegangen und die Auslösung solcher Blutungen durch Vagusreiz vom Gehirnzentrum nicht einmal erwähnt.

BREITENECKER (Wien)

W. Grohmann und C. Kerinnes: Gefährliche Komplikationen bei Anwendung kurzwirkender Muskelrelaxantien. [Chir. Univ.-Klin., Leipzig.] Zbl. Chir. 80, 405—411 (1955).

Muskelrelaxantien sollen in der modernen Anaesthesia auch nur dann angewandt werden, wenn die Möglichkeit einer sofortigen künstlichen Beatmung besteht. Aus diesem Grunde ist die Benutzung in der Allgemeinpraxis nicht zu empfehlen. An einem Falle belegen Verff. diese Forderung. Dabei wurde ein Muskelrelaxans (Myorelaxin „Heyden“) intramuskulär injiziert, um einen Krampfzustand der Unterarmmuskulatur nach früherem Unterarmbruch zu beseitigen. Es trat ein lebensbedrohlicher Atemstillstand ein, der sich nur durch stundenlange Anwendung künstlicher Beatmung mit Intubation beheben ließ. Verff. führen den seltenen Zwischenfall auf einen verzögerten Abbau des Muskelrelaxans infolge Verminderung des Serumcholinesterase-Spiegels zurück.

WOLFGANG DORN (Bückeburg)°°

W. Perret: Das Problem der ärztlichen Aufklärungspflicht. Med. Klin. 1955, 773—774.

Verf. beschäftigt sich unter anderem mit der Frage, wann eine Gefahr, die eine Behandlung mit sich bringen kann, wegen der Häufigkeit ihres Vorkommens für die Aufklärung beachtlich ist. Er erwähnt dabei das Urteil des OLG Frankfurt a. M. vom 7. 3. 1951, das einen Vergleich des Risikos bei der Schockbehandlung mit dem bei einer Blinddarmoperation billigt. Hierbei bezeichnet Verf. die Schadensdichte bei 1% und darunter. Er gibt zu erwägen, ob nicht eine allen Teilen gerecht werdende Lösung dadurch zu finden sei, daß man sich an Zahlen hält, die durch eine gereinigte Statistik ermittelt wurden und dann keine besondere Aufklärung verlangt, wenn die Schadensdichte unter 1% liegt.

GÖPPINGER (Heidelberg)°°

Ludwig Ackermann: Zur Frage des rechtswidrigen chirurgischen Eingriffes. Medizinische 1956, 930—931.

Besprochen wird das Urteil eines Landgerichts mit Verurteilung des Operateurs und des Inhabers der Krankenanstalt (Stadt) wegen widerrechtlicher und schuldhafter Körperverletzung (§ 823 Abs. 1 BGB) und Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe von 150,— DM. Ein 4½-jähriger Junge wurde wegen Leistenbruch links eingeliefert, die Diagnose konnte nicht bestätigt werden, es wurde ohne Einwilligung der Eltern eine weiche Leiste rechts operiert. Nach Krankenhausentlassung mußte der linksseitige Leistenbruch in einem anderen Krankenhaus operiert werden. Ein ärztlicher Kunstfehler wurde nicht nachgewiesen, da die Diagnose des kindlichen Leistenbruches Schwierigkeiten bereiten kann, wenn er nicht dauernd ausgetreten ist oder häufiger austritt. Die Sorgfaltspflicht hätte erfordert, daß der Operateur sich wegen der Diagnose mit dem einsendenden Arzt ins Benehmen gesetzt hätte. (Das Urteil entspricht den chirurgisch gültigen Anschauungen. Ref.)

W. SCHRÖDER (Verden)^{oo}

BGB §§ 823 Abs. 1, 847 (Schadenersatzpflicht bei chirurgischen Eingriffen). a) Nach feststehender Rechtsprechung bildet jede ärztliche Operation einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit und stellt zivilrechtlich eine rechtswidrige Körperverletzung im Sinne von § 823 Abs. 1 BGB dar, sofern sie ohne besondere Befugnis erfolgt. b) Die Einwilligung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters zur chirurgischen Behandlung eines vollkommenen Leistenbruchs (*Hernia completa*) links erstreckt sich ohne weitere Einwilligungserklärung nicht auf die Operation lediglich einer in der rechten Leistengegend vorhandenen Bruchanlage („weiche Leiste“). Nimmt der Operateur trotzdem einen chirurgischen Eingriff rechts vor, so handelt er widerrechtlich und macht sich, auch bei kunstgerecht durchgeföhrter Operation, schadenersatzpflichtig. [LG Frankenthal (Pfalz), Urt. v. 20. IV. 1955 — 1 S 43/55.] Neue jur. Wschr. A 1955, 1113—1114.

BGB §§ 276, 823, 831 (Sicherheitsmaßnahmen bei Bauchoperationen, ärztl. Urlaubsvertr. als Verrichtungsgehilfe). a) Werden Mullkompressen bei einer Bauchoperation in die Bauchhöhle eingelegt, so genügt der Operateur seiner Sorgfaltspflicht im allgemeinen nur dann, wenn die Kompressen zur Sicherung gegen ihr Verschwinden in der Bauchhöhle armiert werden. b) Wer von einem Arzt für die Dauer einer zeitweiligen Abwesenheit damit beauftragt wird, seine Praxis zu verwalten, ist bei der Ausübung dieser Tätigkeit sein Verrichtungsgehilfe. BGH. Urt. v. 16. X. 1956 — VI ZR 308/55, Hamm.] Neue jur. Wschr. A 1956, 1834—1835.

L. Babik: Tödliche Arrosionsblutung aus der Carotis als Spätschaden nach paraarterieller Thorotrastinjektion. [Ohren-Hals-Nasen-Abt., St. Clara-Spit., Basel.] Pract. oto. etc. (Basel) 17, 116—122 (1955).

Bei einem 31jährigen Mann kommt es 7 Jahre nach paraarterieller Injektion von Thorotrast zu einer Halsphlegmone. Nach einigen kleineren Blutungen tritt eine tödliche Arrosionsblutung aus der Carotis ein. Die histologische Untersuchung ergibt schwerste degenerative Umwandlung des Gewebes und des Gefäßsystems der linken Halsseite mit reichlichen Einlagerungen von Thorotrast. Diese Degeneration wird als Ursache des Fortschreitens des Prozesses und der tödlichen Blutung angesehen. Anhand der Literatur wird noch ein kurzer Überblick über die Möglichkeiten von Thorotrastschädigungen gegeben.

HIERONYMI (Heidelberg)^{oo}

R. Pannhorst: Sind die Dosierungsvorschriften für Oleum Chenopodii klar? [Inn. Abt., Kreiskrankenhaus, Gelnhausen.] Dtsch. med. Wschr. 1956, 245—246.

H. Naujoks: Kann die Unterlassung der histologischen Untersuchung des Abrasionsmaterials strafbar sein? [Univ.-Frauenklin., Frankfurt a. M.] Dtsch. med. Wschr. 1956, 707—708 u. 713.

Die Abrasio der Uterusmucosa hat therapeutische und diagnostische Bedeutung. Die Diagnose muß durch die histologische Untersuchung des Abradats abgeschlossen werden. Dem trägt der Arzt bei gynäkologischen Blutungen meistens Rechnung, indem er das Material einem

pathologischen Institut zur Verarbeitung übersendet. Bei Blutungen post partum oder bei vermeintlichen Abortblutungen wird von diesem Grundsatz gelegentlich abgewichen. In einem gutachtlichen Fall haben 4 Ärzte wegen postpartal auftretenden Blutungen Abrasionen durchgeführt, nur der letzte ließ eine histologische Untersuchung vornehmen, die ein Chorionepitheliom ergab. Die Patientin erlag der Erkrankung kurze Zeit später infolge Fernmetastasierung. Die Frage des fahrlässigen Verschuldens der ersten 3 Ärzte wird erörtert.

STOLL^{oo}

Wieweit muß der Kranke über das Risiko ärztlicher Eingriffe (Elektroschockbehandlung) unterrichtet werden? Ärztliche Stellungnahme zu einer neuen Entscheidung des Bundesgerichts. Med. Klin. 1955, 168—171.

STAUDER wendet sich mit Entschiedenheit gegen das Urteil des BGH vom 10. 7. 1953, in dem grundsätzliche Fragen der Aufklärung von Kranken anhand eines Schockzwischenfalls besprochen werden. STAUDER vertritt die Ansicht, daß nicht der Richter, sondern nur der Arzt entscheiden könne, wieweit er einem Kranken über das Risiko eines Eingriffs informieren könne. Er kritisiert, daß der BGH vor seinem Urteil in nicht genügendem Maße die Meinung medizinischer Experten eingeholt hat. — v. BAEMYER lehnt ebenfalls die Forderungen des BGH ab, da die vom BGH herausgearbeiteten Sätze ein mögliches Postulat seien, was jeder, der seelisch Kranke kennt und behandelt, wisse. Er tritt für eine ausführliche und konkrete Aufklärung der Angehörigen ein, da man von dem psychisch Kranke nicht verlangen könne, daß er frei von Vorurteilen und unkontrollierbaren Stimmungen sich hierüber einen freien Entschluß abringt. Man solle die Kranken für die Behandlung gewinnen und nicht durch unbeschränkte Aufklärung abschrecken. Dazu könne eine günstige Kollektivatmosphäre in einer gut geführten Station beitragen. Verf. legt dann noch eine Aufstellung über die Inasssen der Nürnberger Klinik an einem bestimmten Stichtag vor und stellt dabei fest, daß über ein Drittel (47) der Klinikinsassen (125) an dem Tage schockbehandelt wurden. Davon seien praktisch allenfalls drei in der Lage gewesen, eine rechtswirksame Willenserklärung abzugeben. Er fragt, ob sich der psychiatrische Kliniker so weitgehend auf ungesetzlichem Boden bewege und lehnt es ab, daß seine Einstellung unärztlich und dem natürlichen Rechtsgefühl zuwider sei. — ZIEHEN kritisiert zunächst die diagnostische Unklarheit im BGH-Urteil und vertritt die Ansicht, es sei „undenkbar, daß eine echte Psychose den Willen bezüglich der Behandlung frei zu bestimmen hat“. Als rechtliche Konsequenz sieht er nur die Möglichkeit der Entmündigung, da Pflegschaft bei dieser „gefährlichen“ Therapie nicht ausreiche. Er bemängelt, daß sich das Gericht mit Literaturangaben begnügt hat und nicht berücksichtigte, daß die röntgenologisch nachweisbaren Wirbelschäden nach Schockbehandlung meist keine oder keine bleibenden Beschwerden verursachen. Schließlich stellt er 10 Regeln auf, unter anderem wann Geschäftsführung ohne Auftrag vorliegt, was unter besonnenen Kranken zu verstehen sei, wann körperlicher Zwang angezeigt sei, wann und wieweit aufgeklärt werden dürfe usw. Er betont aber auch, daß selbst bei Beachtung dieser Regeln kein voller Rechtsschutz bestehe und deshalb der Abschluß einer Versicherung zu erwägen sei. Endlich gibt er noch wichtige Maßnahmen zur Verhütung von Krampfschäden an.

GÖPPINGER (Heidelberg)^{oo}

M. Friedrich: Der Jurist und die Aufklärungspflicht vor der Schockbehandlung. Med. Klin. 1955, 774—775.

Verf. nimmt zu dem Urteil des BGH über die Aufklärungspflicht bei der Elektroschockbehandlung Stellung. Zu der vom BGH festgestellten objektiven Gefährlichkeit dieser Behandlung macht Verf. geltend, daß man hierbei nicht von der Komplikationsdichte ausgehen dürfe, sondern die wirkliche Schadendichte berücksichtigen müsse und billigt insofern die von fachärztlicher Seite vorgebrachten Bedenken, daß vom BGH nicht praktische Ergebnisse auf breiter Basis herangezogen wurden. — Er wendet sich jedoch gegen die Ansicht, daß man aus der Eigenart psychischer Erkrankungen ganz allgemein das Recht herleiten will, dem Kranken eine besondere Gefährdung durch die Behandlung zu verschweigen. Er weist darauf hin, daß dann, wenn bei einer Psychose eine echte Entschließungsfreiheit des Kranken nicht besteht, ein Willensvertreter gesucht werden müsse, wobei nicht nur der gesetzliche Vertreter, sondern auch ein Sorgeberechtigter eine rechtswirksame Einwilligung geben könne, da es nur auf die Willensfähigkeit, nicht auf die Geschäftsfähigkeit ankomme.

GÖPPINGER (Heidelberg)^{oo}

V. Pérez Argilés y A. Sánchez Capuchino Alderete: Investigaciones químico-toxicológicas en dos casos de intoxicación mortal por la pantocaina. (Chemisch-toxikologische Untersuchungen an zwei tödlich verlaufenden Pantocain-Intoxikationen.)

logische Untersuchungen bei zwei Fällen von letaler Pantocainvergiftung.) [Inst. de Med. Exper., Madrid.] Arch. Med. exper. (Madrid) 19, 49—56 (1956).

Gelegentlich Infiltrationsanaesthesien ereigneten sich zwei mit Konvulsionen einhergehende Todesfälle. Zur Untersuchung standen 2 Amphiolen zu je 50 cm³ einer 2%igen (angeblichen) Novocainlösung mit Natriumbisulfit, Kaliumsulfat und Natriumchlorür als Stabilisatoren zur Verfügung. Eine 2 cm³-Spritze der Lösung tötete Meerschweinchen unter Krämpfen in 15 min; erst die nämliche Menge einer 20fachen Verdünnung wurde ertragen. Einige Tropfen der Stammlösung verursachten einen weißen Fleck an der Hornhaut des Meerschweinchens, jede Pupillenveränderung unterblieb. Diese Reaktion brachte Verff. auf die Fährte des Pantocains. Am weißen Kaninchen war eine Pupillenverengerung zu sehen. Ein Tropfen verursachte an der Zungenspitze erst einen bitteren Geschmack, 10 min später, über einer halben Stunde dauernde Betäubung. Natriumpermanganat erzeugte keinen Niederschlag, dessen Entfärbung schreiben Verff. dem Natriumbisulfit zu. Kristalle des untersuchten Stoffes schmolzen bei 143°, nahe dem Schmelzpunkte des Pantocains (147°), merklich unter dem von Novocain, Alipin und Percain. Mit Na geschmolzen wurden C und N bestätigt; mit Natriumlauge gekocht, entstanden alkalische Dämpfe. Es handelte sich also um ein stickstoffhaltiges Betäubungsmittel mit Esterfunktion. Präcipitationsversuche mit Natriumbicarbonat und mit Natriumhydroxyd ergaben bei dem Versuchsstoff und dem Pantocain gleiche Ergebnisse, beim Novocain nicht. Besonders nützlich schien Verff. folgende Reaktion: 5 cm³ 5%ige Pantocainlösung schlagen mit 2 cm³ Sulfoxyankali zu Flocken nieder, die sich beim Erhitzen lösen und beim Kühlen schöne Kristalle bilden. Novocain schlägt nicht nieder. Am Woodlichte geben Pantocain und Versuchsobjekt keine Fluorescenz. Diese und andere nicht so wichtige Versuche brachten Verff. zur Schlußfolgerung, daß die gebrauchte Substanz Pantocain statt Novocain war und die eingespritzte Dosis die therapeutische um das 20fache übertraf.

FERNANDEZ MARTIN (Madrid)

A. J. Chaumont et A. Oppermann: Accident de travail d'origine thérapeutique. (Arbeitsunfall mit tödlichem Ausgang durch Terramycinbehandlung.) [Soc. de Méd. lég. et de Criminol. de France, Paris, 19. II. 1956.] Ann. Méd. lég. etc. 36, 107—111 (1956).

Zusammenhangsgutachten über eine oberflächliche Hautverletzung des rechten Knies mit einer 22 Tage später aufgetretenen Infektion, die vorerst mit 4—5 g Terramycin gebessert werden konnte, nach weiteren 4 Tagen sich aber wieder so verschlechterte, daß 4 Wochen nach der Arbeitsverletzung der Tod eintrat. Die Leichenöffnung ergab schwere Austrocknungserscheinungen infolge Diarrhoe, trübe Entartung von Herzfleisch, Leber und Nieren. Die histologische Untersuchung stellte Nekrobiosen in der Trabecularzone der Nebennierenrinde fest und aus dem Dickdarm konnte ein enterotoxischer *Staphylococcus aureus* gezüchtet werden. Durch das Terramycin war die Darmflora vernichtet worden, während die resistenten Staphylokokken zu einer choleraähnlichen Darmerkrankung mit wäßriger Hirnschwellung führten. Verf. weist auf drei ähnliche Fälle von JANBON mit Tod eines Mannes nach Behandlung einer Bronchopneumonie mit 10 g Terramycin nach 11 Tagen, eines anderen mit gutartiger Lymphogranulomatose bei Gaben von 6 g nach 6 Tagen und eines 2jährigen Kindes nach Einnahme von 2 g nach 3 Tagen hin und schließt zwei weitere Todesfälle eines 22jährigen und 6jährigen Mädchens an, aus deren Leichen ebenfalls *Staphylococcus aureus* gezüchtet werden konnten, der resistent gegen Penicillin, Streptomycin, Aureomycin und Terramycin, jedoch empfindlich gegen Chloromycetin, Erythromycin und Bacitracine war.

BREITENECKER (Wien)

Wimmer: StGB § 222 (Voraussehbarkeit des eingetretenen Erfolges). Bei ungewöhnlichem Kausalverlauf (Tod durch Grippeinfektion in einer Kinderklinik nach einer Vitaminvergiftung) muß für den Täter der Todeserfolg, so wie er eingetreten ist, vorhersehbar gewesen sein; andernfalls kann eine rechtswidrig-fahrlässige Tötung nicht vorliegen. [OLG Köln, Urt. v. 14. IX. 1956 — Ss 179/56.] Neue jur. Wschr. A 1956, 1848.

Ein 5 Monate altes Kind erkrankte an einer Vitamin D-Vergiftung, weil eine Apothekerin fahrlässig „Vigorsan forte“ an Stelle von „Vigorsan“ verabfolgt hatte. Kurz vor der geplanten Entlassung aus der Klinik erlitt das Kind eine hochfieberhafte grippale Infektion, der es erlag. Schöffengericht und Strafkammer verurteilten gegen unser Gutachten, indem sie dem Gutachten der Klinik folgten, wegen fahrlässiger Tötung. Die Revision hatte Erfolg, die Klinik schloß sich dem Gerichtsarzt an, es wurde nunmehr nur wegen fahrlässiger Körperverletzung verurteilt, weil

die Todesfolge vom Täter unter diesen Umständen nicht voraussehbar, also nicht zurechenbar war. Eine besondere Schwächung des Kindes durch die Vergiftung konnte für den Zeitpunkt der Hausinfektion nicht angenommen werden. LOMMER (Köln)

C. Burghard: Ein unangenehmer Zwischenfall nach Megaphengabe. Münch. med. Wschr. 1956, 50—51.

Verf. verordnete einem 60jährigen Postencephalitiker, der prämorbid eine psychopathische Persönlichkeit mit Zwangssymptomen darstellte und zuletzt Alkohol- und Schlafmittelabusus getrieben hatte, Megaphen. Eine halbe Stunde nach Einnahme von 20 Tropfen Megaphenlösung klagte der Patient über schlechtes Befinden nach dem Aufstehen, wurde bewußtlos und erlitt einen epileptischen Anfall vom Jackson-Typ mit Enuresis. Verf. führt diesen Zwischenfall darauf zurück, daß er die Empfehlung der Herstellerfirma, den Patienten nach Megapheneinnahme für $\frac{1}{2}$ bis 1 Std ruhen zu lassen, nicht beachtet hatte und rät zur Befolgung der in der Literatur aufgestellten Richtlinien. RÖSLER (Heidelberg)°°

H. Fargel: Perforation des Rektums bei einem Kontrasteinlauf. [Chir. Univ.-Poliklin., München.] Med. Mschr. 10, 747—749 (1956).

Kasuistische Mitteilung eines Falles von Rectumperforation nach Kontrastbreifüllung während der Röntgenuntersuchung. Letaler Ausgang trotz sofortigen zieltgerechten Eingreifens. Die gutachtliche Stellungnahme des Verf. berücksichtigt hinsichtlich der Entstehung der Mastdarmperforation 4 Möglichkeiten: 1. bei Einführung des Darmrohres, 2. durch die einlaufbedingte Druckerhöhung, 3. Perforation durch Einlauf oder Kontrastmittel an vorher entzündlicher oder gar ulcerös veränderter Darmwandstelle, 4. Perforation im Verlauf der Untersuchung, wobei Mitpressen des Patienten von wesentlicher Mitbedeutung sein soll. Auf Grund der klinischen Daten glaubt Verf. die letztgenannte Möglichkeit in Anspruch nehmen zu können.

CORNELIUS (Krefeld)

Pawlik: OpiumG §§ 1, 3 (Verschreibung auf falschen Namen). Die Erlangung der ärztlichen Bescheinigung für den Bezug eines Betäubungsmittels unter Angabe eines falschen Namens ist strafbar, auch wenn die Verschreibung ärztlich begründet ist. [Urt. v. 16. VI. 1956 — 1 Ss 74/56, OLG Frankfurt.] Neue jur. Wschr. A 1956, 1769—1770.

Ein Mann, der als rauschgiftsüchtig bekannt war und dem vom Gesundheitsamt die Verschreibung von Betäubungsmitteln gesperrt war, suchte einen Arzt und dann eine Ärztin auf und ließ sich unter falschem Namen Dolantin verschreiben. Das Oberlandesgericht Frankfurt a. M. hob den Freispruch des Schöffengerichts auf und erklärte das Verhalten des Betreffenden für strafbar.

B. MUELLER (Heidelberg)

HeilpraktikerG §§ 1 Abs. 2, 5 Abs. 1; StGB § 263 (Ausübung der Heilkunde und Betrug). a) Ausübung der Heilkunde ist jedes Tun, das bei den Behandelten den Eindruck erweckt, es ziele darauf ab, sie von Krankheit, Leiden oder Körperschäden zu heilen oder ihnen Erleichterung zu verschaffen. Das kann auch dadurch geschehen, daß angebliche übernatürliche Gewalten mit vermeintlichen oder vorgetäuschten übersinnlichen Kräften bekämpft werden. b) Tateinheit zwischen verbotener Ausübung der Heilkunde und Betrug ist möglich. [BGH, Urt. v. 4. XI. 1955 — 5 StR 421/55, LG Itzehoe.] Neue jur. Wschr. A 1957, 110.

H. J. Femmer und Perl: Warum ein neues Heilpraktikergesetz? Med. Mschr. 10, 322—328 (1956).

Verff., von denen der eine Regierungs- und Medizinalrat und der andere Gerichtsreferendar ist, betonen die Notwendigkeit der Neufassung des Heilpraktikergesetzes durch den Bundestag. Sie setzen sich zunächst für eine exaktere und mehr einschränkende Definition des Begriffes „Ausübung der Heilkunde“ ein; sodann wird die Frage erörtert, wieweit es notwendig oder möglich sei, neue Heilpraktiker zur Ausbildung zuzulassen. Unter exakter Anführung der vorliegenden Entscheidungen der Oberverwaltungsgerichte und des Bundesverfassungsgerichtes und Berücksichtigung der neuen gesetzlichen Bestimmungen über die Zahnärzte, die den Dentistenberuf aufheben, widersprechen Verff. den Bestrebungen, die Bestimmungen so zu fassen, daß der Stand der Heilpraktiker unter Schaffung der sog. kleinen Approbation wieder entsteht. Dagegen

erwägen sie die Möglichkeit, die zugelassenen Heilpraktiker durch Aufnahme in die RVO.-Kassenpraxis unter gewissen Beschränkungen insoweit den Ärzten gleichzustellen. Ausführliches Schrifttumsverzeichnis.

B. MUELLER (Heidelberg)

Ernst Knoll: Der Bundesgerichtshof und die sog. Unfallneurose. Med. Sachverständige 52, 97—101 (1956).

Verf. setzt sich zunächst mit der Lehre des früheren RG in bezug auf die Unfallneurose auseinander und führt aus, daß diese Rechtsprechung aus medizinisch falschen Voraussetzungen rechtlich unangreifbare Folgerungen abgeleitet hatte und so zu falschen Ergebnissen gelangt war. Der BGH habe die Ursachenlehre des RG, wonach jede conditio sine qua non eine Ursache darstelle, zwar übernommen, die Beschränkung des RG auf „adäquate“ Ursachen aber fallen gelassen; allerdings werde die Haftung nur auf einem adäquaten Erfolg beschränkt. Es handele sich also jetzt nicht eigentlich mehr um eine Frage der Kausalität, sondern um eine solche der Zurechenbarkeit als positive Voraussetzung der Haftung aus dem Grundgedanken des § 242 BGB, somit nur um eine letztlich geringfügige terminologische Änderung gegenüber der Rechtsprechung des RG, ja sogar um eine Verschlechterung, da die so fruchtbare gewesene Unterscheidung des RG zwischen innerem und äußerem Zusammenhang jetzt abgelehnt werde. Eine weitere Änderung in der Rechtsprechung des BGH bestehe in seiner Auffassung über das Wesen des Entschädigungsausgleiches. Die Zurechenbarkeit werde verneint, weil dem Beklagten — trotz vorhandenen ursächlichen Zusammenhangs — nicht zugemutet werden könne, durch Anerkennung einer Entschädigungsleistung zur Festigung des der Gesundheit des Klägers abträglichen Zustandes beizutragen. Diese Begründung stimme einmal nicht mit der Lehre von der adäquaten Bedingung überein, ein anderermal aber postuliere sie die Beweispflicht des Beklagten dafür, daß der Kläger durch Ablehnung seines Anspruches „geheilt“ werden könnte. Diese Situation beinhalte jedoch die Gefahr, daß der Kläger bemüht sein werde, den Beweis dafür zu erbringen, daß seine „Krankheit“ nicht auf diese Weise geheilt werden könne, und so in eine stärkere neurotische Reaktion hineingetragen würde. Die dadurch gewonnenen ungünstigen Erfahrungen aber dürften eine neuerliche Gefährdung der Rechtsprechung bewirken. Diese werde nicht zuletzt auch deshalb zu Schwierigkeiten führen, da sie zwischen seelischen Störungen, die durch Begehrungsvorstellungen ihr Gepräge erhielten, und seelischen Störungen, die durch die Schwere des Unfalles, den erlittenen Schock oder die Eingriffe der ärztlichen Behandlung „ausgelöst“ wurden, unterscheide. Bei dieser Sachlage müsse man der weiteren Entwicklung der oberstrichterlichen Rechtsprechung in dieser Frage zwar aufmerksam, aber ohne allzu große Hoffnung entgegensehen.

ILLCHMANN-CHRIST (Kiel)

Ulrich Venzlaff: Die Unfallneurose im Zivilrecht. [Univ.-Nervenkl. Göttingen.] (Bruns' Beitr. 193, 310—318 (1956).

Während die Feststellung einer sog. „Unfallneurose“ in der reichsgesetzlichen und privaten Unfallversicherung ebenso wie im Versorgungsrecht automatisch eine Ersatzpflicht ausschließe, lägen die Verhältnisse im Zivilrecht — wo es keine grundsätzliche Entscheidung darüber gäbe, was als Unfallfolge und als entschädigungspflichtig anzusehen sei — ganz anders. Sowohl das frühere RG (besonders eine Entscheidung von 1936) als auch der BGH (vor allem Entscheidung vom 8. 7. 53) habe grundsätzlich die Entschädigungspflicht der „Unfallneurosen“ bejaht, obwohl seit 40 Jahren in medizinischen Fachkreisen niemand mehr ernsthaft an eine traumatische Entstehung von Neurosen glaube. Der Fehler der Juristen liege dabei nicht in der Anwendung falscher oder überholter Rechtsgrundsätze, sondern in der fehlerhaften Interpretation medizinischer Begriffe, insofern nicht zwischen „Bedingung“ und „äußerem Anlaß“ einerseits, „innerer Ursache“ andererseits, unterschieden werde. Bei Anwendung der juristischen Adäquanztheorie stelle das Unfallereignis lediglich den äußeren Anlaß der „Unfallneurose“, nicht aber deren eigentliche Ursache dar. Diese werde vielmehr in der Regel durch existentielle Konflikte, individuelle Wertkrisen oder abnorme Charakterveranlagungen, also durch unfallunabhängige Faktoren repräsentiert. Es handele sich hier nicht um eine Kausalität im logischen und rechtlichen Sinne, da der Unfall nur die „Gleitschiene“ für die neurotische Störung abgebe. Auch im Zivilrecht sollte endlich zumindest der Standpunkt vertreten werden, daß eine Neurose — bis zum Beweis des Gegenteils — nicht als Schadensfolge anzusehen sei. Da dieser Wunsch vorläufig aber kaum erfüllt werden dürfte, erfordere auch das medizinische Gutachten im Zivilrechtsstreit eine sehr gründliche Arbeit, die sich auf eine sorgfältige Persönlichkeitsanalyse, eine eingehende psychopathologische Untersuchung, auf differenzierte Simulationsprüfungen und eingehende Erörterungen der Zusammenhangsfragen erstrecken müsse. Andernfalls könnte ein großer Schaden entstehen — nicht nur durch Verkennung des wahren Sachverhaltes im Einzelfalle, sondern

auch durch fortwirkende Beeinflussung der Rechtsprechung der Zivilgerichte ganz allgemein. (Die Arbeit bringt im übrigen keine neuen Gesichtspunkte und erörtert vor allem nicht die in jüngster Zeit wieder aufgetretene Diskussion über die hier noch bestehende Problematik. Ref.)

ILLCHMANN-CHRIST (Kiel)

StPO §§ 81, 81a (Körperliche Untersuchung des Beschuldigten). Die Anordnung einer Beobachtung in einer Heil- oder Pflegeanstalt nach § 81 StPO enthält nicht zugleich auch die Genehmigung zur Vornahme eines körperlichen Eingriffs im Sinne des § 81a StPO. [BGH, Urt. 8. VII. 1955 — StR 233/55, SchwG Hamburg.] Neue jur. Wschr. A 1955, 1765—1766.

GG Art. 2 Abs. 2; StPO §§ 81a, 304, 305 (Körperliche Untersuchung des Beschuldigten). Es wird an der Auffassung festgehalten, daß durch richterliche Anordnungen nach § 81a StPO auch die Freiheit des Betroffenen vorübergehend beschränkt werden kann (Unterbringung in einer Krankenanstalt zur Durchführung der angeordneten Untersuchungsmaßnahmen). In Anwendung des § 81a StPO kann nur die Pflicht zur Duldung bestimmt bezeichneter körperlicher Eingriffe begründet werden. Die beauftragten Ärzte dürfen nicht allgemein zur Vornahme der in § 81a Abs. 1 StPO zugelassenen, zur Erreichung des Untersuchungszwecks erforderlichen Maßnahmen ermächtigt werden. [BayObLG, Beschl. v. 1. VIII. 1956 — BReg. 1 St 109/56.] Neue jur. Wschr. A 1957, 272—274.

ZPO § 42 (Ablehnung eines Richters wegen Besorgnis der Befangenheit.) Läßt sich ein Richter von dem Anwalt der einen Partei zu einem auswärtigen Beweisaufnahmetermin in dessen Kraftwagen mitnehmen, so liegen vom Standpunkt der anderen Partei genügende objektive Gründe vor, die geeignet sind, Mißtrauen gegen die Unparteilichkeit des Richters zu erregen. [Beschl. v. 3. IX. 1956 — 6 T 342/56, LG Kassel.] Neue jur. Wschr. A 1956, 1761.

Spuren nachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation

- **Fritjoff Hirsch: Das Haar des Menschen in Gesundheit und Krankheit, unter spezieller Berücksichtigung der Keratinchemie.** Ulm a. d. Donau: Karl F. Haug 1956. 250 S., 97 Abb. u. 23 Tab. Geb. DM 29.50.

Der Autor bringt in der ersten Hälfte des Werkes eine sehr gute, gedrängte, aber doch vollständige Darstellung der Anatomie und der Physiologie des Haares, vieler auch außerhalb der Kosmetik brauchbarer Meßmethoden und der Folgen mechanischer und chemischer Einwirkungen. Dieser Teil des Buches ist für die Dermatologie und für die gerichtliche Medizin wertvoll. Der zweite Teil spricht weniger an und ist als „klinisches“ Lehr- und Nachschlagebuch für den Haarkosmetiker gedacht. Dabei versteigt sich Verf. manchmal in recht anfechtbare Spekulationen, z.B. über die Beziehungen eines „Umwandlungsfaktors U“ der Haare zum Krebs (S. 180) und über die Möglichkeiten einer topographischen Haaranalyse (S. 183; z. B.: die Scheitelgegend gehört den weiblichen Keimdrüsen an, die Stirnhaargrenze könnte dem Verdauungstrakt entsprechen, das Nackengebiet wird den Atmungs- und allergieanfälligen Organen sowie den Nerven zugeordnet!). Gegen Schluß des Buches entsteht der unangenehme Eindruck einer Werbung für haarkosmetische Mittel. Es empfiehlt sich für den kosmetisch nicht Interessierten, das Buch etwa ab S. 150 wegzulegen.

ELBEL (Bonn)

Gerd Schaidt: Eine neue Methode zum Nachweis kleinster Speichelsspuren. [Bayer. Landeskriminalamt, München.] Arch. Kriminol. 118, 149—152 (1956).

Es handelt sich im Prinzip um die Bestimmung der Speichelkatalase durch Extinktionsmessung mit dem Spektralphotometer. Kontrollbestimmungen nach der Richtung hin, ob Konservierungsstoffe der Klebstoffmittel stören, wurden durchgeführt. Die Einzelheiten der Technik müssen im Original nachgelesen werden. Die Methode ist so empfindlich, daß auch Speichel an angeleckten Briefmarken nachgewiesen werden kann.

B. MUELLER (Heidelberg)