

G. E. Störing und H. W. Löwnau: **Zur Problematik der Jugend in der Gegenwart.** [Psychiatr. u. Nervenklin., Univ., Kiel.] Prax. Kinderpsychol. 7, 1—8 (1958).

Hinweis auf die Acceleration, sie erweist sich als ein starker Beweggrund in der Haltung der Jugend unserer Tage. Zunehmende Kompliziertheit der zivilisatorischen Welt, dadurch Vorbereitungszeit der Kinder und Jugendlichen in die Länge gezogen. „Gestreckte Pubertät“ nicht gleich „kulturelle“ im Sinne SPRANGERS. In der Begegnung mit Jugendlichen zwei Tendenzen: 1. Suchen nach überindividuellem Bezug, 2. Skepsis, ob angebotene Lösung nicht doch Scheinlösung. Eingehen auf Mutter-Kinder-Beziehung (physiologische Frühgeburt), Gefahr des „overprotecting“. Bedeutung des Vaters, Sehnsucht nach Autorität. Die emotionale Lage der Jugend ist beeinflußt durch permanente Erwartungshaltung, Ideal in der Berufswelt der Selbmademan. Andererseits verrät die Vergnügungssucht Unruhe und Fülle brachliegender Kräfte „Flucht in die Bande“. — Einige im Original nachzulesende, sehr instruktive Beispiele für die im Referat nur angedeuteten Fragen. C. BENNHOLDT-THOMSEN (Köln)<sup>oo</sup>

### **Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung**

● **Allgemeine und spezielle chirurgische Operationslehre.** Begr. von MARTIN KIRSCHNER. 2. Aufl. Hrsg. von N. GULEKE und R. ZENKER. Bd. 1. GERD HEGEMANN: **Allgemeine Operationslehre.** Teil 1 und 2. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1958. Teil 1: XVIII, 420 S. u. 378 Abb.; Teil 2: XII, 747 S. u. 256 Abb. 2 Bde geb. zus. DM 496. — Subskriptionspreis DM 396.80.

H.-J. Goldbach: **Operation und Recht.** Teil 2. S. 677—696.

Verf. behandelt eine Anzahl der Probleme, vor die der Chirurg gestellt wird. Er erklärt, was die Rechtsordnung unter der Operation versteht, wer operieren darf, wann der chirurgische Eingriff rechtmäßig ist. Er behandelt die Verantwortlichkeit des Chirurgen im Straf- und Zivilrecht und geht schließlich kurz auf die Aufgaben und Verantwortungen des Arztes im Haftpflichtprozeß ein. — Die Operation ist ein von einem Arzt zu Heilzwecken vorgenommener Eingriff in den Körper eines anderen Menschen. Zur Operation gehört eine Heilabsicht. Dieses Begriffsmerkmal ist so weit wie möglich zu fassen. Somit sind auch „kosmetische“ Operationen nicht auszuschließen. Sie können sogar ärztlich geboten sein, etwa um das seelisch-körperliche Gleichgewicht des Patienten herzustellen. Es ist also unter Heilabsicht allein das subjektive Moment zu verstehen, das sich aus dem ärztlichen Ethos ergibt. — Jeder Arzt ist berechtigt, eine Operation auszuführen. Er muß aber die Erfahrungen und Kenntnisse besitzen, die notwendig sind, um eine Operation kunstgerecht vornehmen zu können. — Der chirurgische Eingriff ist rechtmäßig, wenn 1. die Operation indiziert ist, wenn sie 2. von der Einwilligung des Patienten oder seines Sorgeberechtigten getragen ist und wenn sie 3. kunstgerecht ausgeführt ist. Die Operation ist somit indiziert, wenn vorher die richtige Diagnose gestellt wurde. Dabei wissen wir, wie schwer in manchen Fällen die richtige Diagnose zu stellen ist, und daß gerade in diesem Bereich der ärztlichen Kunst Irrtum und Zufall immer eine große Rolle spielen. Für die Diagnosestellung hat der Arzt auch entferntere Möglichkeiten in den Kreis seiner Erwägungen einzubeziehen. So werden mikroskopische Untersuchungen dem Arzt zur Pflicht gemacht, wenn er z. B. einen von der Schulmedizin abweichenden Standpunkt vertritt; ebenso sieht die Rechtsprechung in dem Unterlassen einer Röntgenaufnahme oder einer Durchleuchtung dann eine Pflichtwidrigkeit, wenn allein durch diese Methode eine sichere Diagnose erstellt werden kann. Außerdem muß man von einem Kliniker und insbesondere von einem Chirurgen die größte Sorgfalt in der Diagnosestellung verlangen. Der Arzt verletzt seine Sorgfaltspflicht, wenn er therapeutische Maßnahmen trifft, ohne zuvor die Diagnose gestellt zu haben, oder wenn er eine Diagnose stellt, ohne den Patienten gesehen und untersucht zu haben, oder wenn er sich nicht aller üblichen und allgemein angewendeten diagnostischen Methoden und Hilfsmittel befleißigt hat. Die Entscheidung über fehlerhafte Diagnose oder Indikationsstellung zur Operation kann allerdings nur von berufseigener Seite gefällt werden. — Kommen wir nun zur Einwilligungserklärung zur Operation. Diese setzt voraus, daß der Einwilligende eine rechtlich verbindliche Erklärung abgeben kann. GOLDBACH meint, daß bei Personen unter 21 Jahren stets die Zustimmung der Sorgeberechtigten einzuholen sei. Ist jedoch keine Zeit mehr dazu und Gefahr im Verzug, so wird der Chirurg einen lebensrettenden Eingriff auch so vornehmen dürfen. Kritisch geforderte Voraussetzung für die Einwilligung ist selbstverständlich die vorherige Aufklärung des Patienten. Von der Aufklärungspflicht kann er ausnahmsweise befreit werden, wenn aus besonderen Gründen des Einzelfalles

eine Beeinträchtigung der Heilung zu befürchten ist; hierbei wird es entscheidend auf die leiblich-seelische Gesamtverfassung des Patienten ankommen. Die Aufklärungspflicht erstreckt sich auf die Aufklärung über die Operation selbst. Was man hier im Einzelfall tun muß, ergibt sich aus ärztlicher Einsicht und Erfahrung. Es unterliegt keinem Zweifel, daß der Chirurg vor allem dann auf die Gefahren einer Operation hinweist, wenn sie sich als schwierig und komplikationsreich erweist oder wenn mit dem Eingriff Lebensgefahr verbunden ist. Besonders weitgehend muß die Aufklärung bei kosmetischen Operationen gehen. — Von dieser Regel, nur mit Einwilligung zu operieren, muß das Notrecht unterschieden werden, wenn z. B. bei Bewußtlosigkeit des Patienten der chirurgische Eingriff dringend geboten ist. Keinem Arzt ist es gestattet, das Leben eines Patienten irgendwie zu verkürzen. Keinesfalls darf eine ärztliche Maßnahme zu einer Lebensverkürzung führen, auch dann nicht, wenn es der Patient ausdrücklich verlangt. Erlaubt ist die Sterbehilfe im Sinne einer Schmerzlinderung und ein Nichteingreifen des Arztes in solchen Fällen, wo eine Lebensverlängerung jeden ärztlichen Sinn verloren hat. — Wenn der chirurgische Eingriff indiziert war und der Patient eingewilligt hatte, so kann trotzdem noch die Frage der Schadensersatzpflicht und der Strafbarkeit des Chirurgen auftauchen und zwar dann, wenn der Arzt nicht kunstgerecht gehandelt hat, wenn also ein Kunstfehler vorliegt, der gleichbedeutend ist mit Nachlässigkeit im ärztlichen Handeln. Die Möglichkeiten fehlerhaften ärztlichen Handelns sind gerade in der Chirurgie vielfältig. So muß sich der Chirurg vor Übernahme einer Behandlung die Frage vorlegen, ob er auch den voraussichtlichen Anforderungen gewachsen ist, und ob er alle erforderlichen Sicherheitsmaßnahmen getroffen hat. Er ist auch verpflichtet, das Hilfspersonal zu überwachen. Fehler in der Narkose können eine große Rolle spielen; daher soll eine Allgemeinnarkose nur von einem Arzt oder einer in der Narkosetechnik besonders erfahrenen Hilfsperson vorgenommen werden. Liegen typische Narkosefehler vor, die allein auf den Narkotiseur zurückgehen, so erscheint bei den Fortschritten der Narkosetechnik die Haftung des Operators heute nicht mehr möglich. Mit dem Zurücklassen von Fremdkörpern nach einem operativen Eingriff befaßt sich eine umfangreiche Literatur. Auch bei der Verwendung unsachgemäßen Instrumentariums können haftungsrechtliche Fragen auftauchen; auch mangelhafte Sterilisation kann einen Haftungsanspruch bedingen. Schadensersatzansprüche können auch durch Serumanwendung beispielsweise zur Tetanusprophylaxe entstehen. Nach richterlicher Ansicht handelt der Arzt gegen die anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft, wenn er deren Erfahrungen außer acht läßt. Wenn ein Arzt also auf einem von der Schulmedizin abweichenden Standpunkt steht und die Serummethode ablehnt, so muß er sich vergegenwärtigen, daß nur eine Minderheit der ärztlichen Theoretiker und Praktiker seine Ansicht teilt und die Methode der Schulmedizin sich im wesentlichen bewährt hat. Beachtet er das nicht, so handelt er fahrlässig. Die zunehmende Frequenz der Bluttransfusionen kann ebenfalls Haftpflichtansprüche im Gefolge haben, ebenso die falsche Behandlung von Knochenbrüchen, postoperative Wundinfektionen oder Strahlenschädigungen bei Röntgen- und Radiumbehandlung. Die meisten Haftungsansprüche ergeben sich aber aus fehlerhafter Injektion. In diesem Zusammenhang wird betont, daß Schwestern Injektionen, sogar intravenöse, vornehmen dürfen. Natürlich kann die Ausführung nur auf Anordnung und unter Verantwortung des Arztes erfolgen. — Rezepte darf der Arzt nicht ohne eingehende Feststellung des Körperzustandes des Patienten ausstellen. Nur bei klarer Diagnose und genauer Kenntnis des Falles dürfen telefonische Anweisungen gegeben werden. GOLDBACH befaßt sich im weiteren mit der Verantwortlichkeit des Chirurgen im Straf- und Zivilrecht, die sich darin äußert, daß sein Tun einen der Tatbestände des Strafgesetzbuches erfüllen kann und er sich deshalb vor dem Strafrichter verantworten muß, während gleichzeitig der geschädigte Patient oder dessen Hinterbliebene eine Schadensersatzklage vor dem Zivilrichter gegen ihn erheben können. Hier können die verschiedenen Tatbestände der fahrlässigen oder vorsätzlichen Körperverletzung, der fahrlässigen oder vorsätzlichen Tötung strafrechtlich eine Rolle spielen. — Zwischen dem frei praktizierenden Arzt und allen seinen Patienten besteht ein Vertragsverhältnis. Handelt es sich um einen Krankenhauspatienten, so kommt meist nur ein Vertragsverhältnis zwischen dem Chefarzt und dem Privatpatienten in Frage. Zu den in das Krankenhaus aufgenommenen Kassenpatienten tritt der Krankenhausarzt nicht in vertragliche Beziehungen. Es besteht hier lediglich ein Vertragsverhältnis zwischen dem Kostenträger und dem Krankenhaus; dieses haftet dann dem Patienten für das Verschulden der Ärzte und des Pflegepersonals. Ein Patient hat jederzeit das Recht, von der Behandlung zurückzutreten. Der Arzt dagegen hat das nicht, sondern er ist verpflichtet, den Krankheitsfall zu Ende zu behandeln. Weiter wird Stellung genommen zur Behandlungspflicht aus dem Dienstvertrag. Falls dieser nur mangelhaft ausgeführt wird, so kann auf Schadensersatz geklagt werden. Verf. befaßt sich weiter mit Art und Umfang des Schadensersatzanspruches und

geht auf die Geschäftsführung ohne Auftrag ein, wenn z.B. ein schneller ärztlicher Eingriff notwendig wurde, ohne daß vorher durch entsprechende Erklärungen ein Behandlungsvertrag geschlossen werden konnte. In der Abhandlung spielt ferner ein Kapitel über Schmerzensgeld eine Rolle, in dem ein Verletzungsschema, das von GOLDBACH und mir schon früher ausführlich behandelt wurde (s. Ärztl. Mitt. Ärzte Verlag Köln 39, 690 S. 1954) enthalten ist. Zum Schluß werden kurz Ansprüche Dritter angeführt. Handelt es sich z.B. um eine verheiratete Patientin, so hat der Ehemann gegenüber dem schuldigen Arzt Anspruch auf eine Geldrente für den Ausfall, den er dadurch erleidet, daß die Ehefrau sich zeitweilig oder dauernd nicht mehr im Haushalt betätigen kann.

A. FÖRSTER (Marburg)

● **Fehler und Gefahren bei chirurgischen Operationen.** Begr. von R. STICH u. M. MAKKAS. Hrsg. von R. STICH u. K. H. BAUER. 4. voll. neu bearb. Aufl. Bd. 1 u. 2. Jena: Gustav Fischer 1958. 1646 S. u. 226 Abb. 2 Bde zus. geb. DM 76.50. Karl Engisch: **Die rechtliche Bedeutung der ärztlichen Operationen.** S. 1521—1557.

Verf., langjähriger Inhaber des Lehrstuhls für Strafrecht in Heidelberg, jetzt Inhaber des gleichen Lehrstuhls in München, der sich schon immer für medizinisch-juristische Grenzfragen interessierte, gibt eine scharfsinnige, sehr gründlich durchdachte Darstellung des Themas vom juristischen Standpunkt aus. Von Einzelheiten sei folgendes hervorgehoben: Verf. unterscheidet 2 Fallgruppen, einmal wird die Operation zur Heilung des Kranken, in anderen seltenen Fällen an einem Gesunden im Interesse anderer vorgenommen (Transfusion, Transplantation, medizinisch indizierte Schwangerschaftsunterbrechung, Sterilisation, Kastration). Nach geltendem Recht ist auch die mit Einwilligung vorgenommene und indizierte Operation noch rechtswidrig, es ist aber sicher, daß dieser Mißstand bei der großen Strafrechtsform abgestellt wird. Verf. warnt von einer allzu weiten Auslegung des Begriffs der Einwilligung zur Operation durch konkludente Handlung, nämlich in der Art, daß der Patient überhaupt nichts sagt. Es ist zweckmäßiger, in irgendeiner Form eine mündliche Zustimmung herbeizuführen. Je bedenkllicher die Operation, desto einwandfreier muß die Zustimmung des Patienten erfolgt sein, insbesondere bei kosmetischen Operationen. Der Umfang der Aufklärungspflicht wird wie auch sonst im Schrifttum eingeschränkt. Auch beim Vorliegen einer Psychose (Elektroschockbehandlung) ist der Wille des Psychotischen nicht immer ganz unbeachtlich. Der Pfleger mag sich vielfach in den Patienten nicht gut einfühlen können. Entziehung des Sorgerechts für den kindlichen Patienten und Übertragung an einen Pfleger wird in geeigneten Fällen vom Verf. empfohlen, wobei nach Meinung des Ref. es vielleicht besser ist, den Antrag über das Jugendamt zu stellen und sich nicht unmittelbar an das Vormundschaftsgericht zu wenden; man wird dem vielbeschäftigten Chirurgen die Erledigung der Formalitäten nicht immer zumuten können. Das Vorliegen eines Selbstmordversuches darf vom Arzt nicht so ausgelegt werden, daß der Betreffende sterben will. Der Begriff der Fahrlässigkeit wird weit gefaßt. Von einer Überspannung der Sorgfaltspflicht wird abgeraten. Es kommt auf die Beurteilung ex ante an. Verf. setzt sich — wie auch schon früher — auch in dieser Abhandlung für die Einführung der adäquaten Verursachung auch im Strafrecht ein. Er erwähnt, daß ein Verschulden des Patienten selbst oder dritter Personen den Kausalzusammenhang nicht ohne weiteres unterbricht, doch kann dies Veranlassung geben, den Zusammenhang als inadäquat zu erklären. Die Grenzen zwischen Fahrlässigkeit und bedingtem Vorsatz werden in klarer Weise erörtert. Sterilisation und Kastration aus eugenischen oder kriminologischen Indikationen hält Verf. für zulässig, sofern die Indikation sorgfältig gestellt ist und der Patient einwilligt; doch ergibt sich aus dem zitierten Schrifttum, daß andere namhafte Rechtslehrer, unter ihnen EL. SCHMIDT, anderer Auffassung sind. Operation gegen den ausgesprochenen Willen der Sorgeberechtigten im Falle dringender Notwendigkeit wird von Verf. für zulässig erklärt (es gibt hier auch andere Auffassungen). Eine Pflicht des Arztes zu einem derartigen Vorgehen wird jedoch verneint (im Gegensatz zu einer im Kriege ergangenen R.-G.-Entscheidung; Ref.).

B. MUELLER (Heidelberg)

Leonidio Ribeiro: **Kodex der medizinischen Deontologie.** Rev. bras. Med. 14, 810 bis 813 (1957) [Portugiesisch].

Walter Grimm: **Zwangsmaßnahmen nach dem Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.** — Erfahrungen in Berlin (West). [Gesundheitsamt Wedding, Berlin.] Öff. Gesundh.-Dienst 19, 444—449 (1958).

Es werden die in Berlin (West) gesammelten Erfahrungen auf dem Gebiet der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nach Inkrafttreten des Gesetzes vom 23. 7. 53 besprochen. Es wird

in diesem Zusammenhang auch auf die Schwierigkeit der Auslegung des Begriffes „hWG“-Person hingewiesen. Die der Arbeit beigegebenen Tabellen geben einen Überblick über die nur Zwangsvorgeführten betreffenden Untersuchungen. Es wurden von 1954/56 insgesamt 2520 Zwangsgestellte untersucht. Davon waren 414 geschlechtskrank (16,4%). Es wird darauf hingewiesen, daß dieser Erkrankungszustand um etwa das 55fache über der Morbidität der Berliner Gesamtbevölkerung liegt. Bei stationären Einweisungsfällen versuchte Verf. nach Möglichkeit ohne amtsgerichtlichen Einweisungsbeschluß auszukommen. Dies gelang fast immer. Die bei den zum Einweisungsbeschluß nötigen Verhandlungen gemachten Erfahrungen bestärkten Verf. in der Auffassung auf jeden Fall die freiwillige stationäre Einweisung weiterhin für erstrebenswert zu halten.

JOBST SCHÖNFELD (Heidelberg)<sup>oo</sup>

**Zum Thema Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte und ärztliche Approbation.** Dtsch. med. Wschr. 1958, 770—771.

Wenn einem Arzt die bürgerlichen Ehrenrechte entzogen wurden, so erlosch nach den Bestimmungen der Reichsgewerbeordnung die Approbation für diese Zeit; der Betreffende erhielt sie automatisch wieder, wenn er die bürgerlichen Ehrenrechte zurückerhielt. Diese Bestimmung der Reichsgewerbeordnung gilt jedoch nicht mehr. Wird die Bestallung gem. § 5 Abs. 1, Ziff. 2 oder 3 RAO von der Verwaltungsbehörde zurückgenommen, so liegt es in ihrem Ermessen, ob sie wiedergegeben wird, wenn die Zeit des Verlustes der bürgerlichen Ehrenrechte vorüber ist (Urteil des Verwaltungsgerichts Münster vom 9. I. 57 III A 751/56). B. MUELLER (Heidelberg)

**J. Berendes: Bedrohliche Zwischenfälle bei Eingriffen im Halsgebiet.** [Univ.-HNO-Klin., Marburg a. d. Lahn.] [Med. Ges., Marburg a. d. Lahn, 26. II. 1958.] Dtsch. med. J. 1958, 381—382.

**Gilberto Marrubini: Die berufliche Verantwortlichkeit des Anaesthesisten in der Rechtsprechung und im Brauch der westeuropäischen Länder.** [Inst. f. Gerichtl. Med. u. Versicherungs.-Med., Univ., Mailand.] Anaesthesist 7, 113—118 (1958).

Kritische Darstellung der Rechtsprechung im Hinblick auf die berufliche Verantwortlichkeit des Anaesthesiten. Behandelt werden die Verhältnisse in Frankreich, in der Schweiz, in Belgien, in England, in Deutschland, Österreich und Italien. An Hand der entsprechenden Gesetzesbestimmungen und sorgfältig zitierter Grundsatzentscheidungen wird das Problem, so wie es sich in den einzelnen Ländern abzeichnet, dargestellt. Die überwiegende Anzahl von Zwischenfällen ereignet sich, weil vielfach die Anaesthesie von Ärzten und Hilfskräften durchgeführt wird, die hierfür nicht die genügende Vorbildung haben. Grundsätzlich bestand und besteht zum Teil noch die Tendenz, den Chirurgen als führende Persönlichkeit des Operationsteams anzusehen, und ihm die Verantwortung für alle Handlungen der an der Operation mitwirkenden Personen aufzubürden. Dies ist insoweit richtig, als es sich um die Hilfspersonen handelt, die im Operationsfeld des Chirurgen arbeiten und somit von ihm kontrolliert werden können. Demgegenüber ist der voll ausgebildete Anaesthesist als selbstverantwortlicher Spezialist anzusehen, dessen Tätigkeit gleichwertig neben der des Chirurgen steht. Italien ist das einzige Land, in dem der Anaesthesiedienst an bestimmten Krankenhäusern gesetzlich geregelt ist und in dem die Rechte und Pflichten des Anaesthesisten gesetzlich definiert sind. In den übrigen europäischen Ländern bestehen in der Rechtsprechung Ansätze, die erkennen lassen, daß man auch hier beginnt die Eigenverantwortlichkeit des voll ausgebildeten Anaesthesisten in einem Operationsteam zu bejahen. Dieses Prinzip ist in Europa jedoch noch nicht allgemein anerkannt.

H. LEITHOFF (Freiburg i. Br.)

**Bohdan J. Koszewski, William J. Reedy and Frank Iwerson: Sudden death due to translumbar aortography.** (Plötzlicher Tod nach translumbaler Aortographie.) [Dept. of Med. and Orthop. Surg., Creighton Univ. School of Med. and Creighton Mem. St. Joseph's Hosp., Omaha, Nebr.] Ann. intern. Med. 48, 902—907 (1958).

68 Jahre alter Mann mit Claudicatio intermitens rechts erhält nach entsprechender Vorbereitung in Lokalanästhesie 30 cm<sup>3</sup> 70% Urocon translumbal zur Aortographie. Ergebnis: Kompletter Verschluß der A. communis iliaca d. sowie Appositionsthrombus der unteren Aorta. Während der Injektion keine Schmerzäußerung. Eine Minute später Klagen über Hitzegefühl im ganzen Körper, 2 min später beträchtliche Dyspnoe, Beginn eines urticariellen Exanthems, kurze Zeit darauf, trotz entsprechender Therapie, Tod infolge Lungenödems. Keine Verletzungen durch die Injektion. Bestätigung des Ergebnisses der Aortographie autoptisch. Kurze Bespre-

chung ähnlicher Zwischenfälle unter besonderer Berücksichtigung anaphylaktischer Reaktionen. Fall wird ebenso gedeutet.

H. KLEIN (Heidelberg)

**H. Spiess: Verunreinigung von Spritzen infolge Temperaturschwankungen in der Injektionsflüssigkeit.** [Univ.-Kinderklin., Göttingen.] Dtsch. med. Wschr. 1958, 815.

Der Inhalt von Injektionsspritzen dehnt sich, wenn die Spritze bei Zimmertemperatur in die Hand genommen wird, verhältnismäßig rasch aus. Die Zunahme des Volumens ist bei öligen oder alkoholhaltigen Lösungen größer als bei wäßrigen. Wird eine Spritze 1 min in der Hand gehalten erwärmt sich der Inhalt und dehnt sich um etwa 1 mm<sup>3</sup> aus. Legt man die Spritze für 1 min weg, zieht sich die Flüssigkeit zusammen und es fließt der Kanüleninhalt von der Nadelspitze zum Ansatz zurück. Bei kleinen Kanülen ist diese Menge größer als ihr Fassungsvermögen. Daher wird der Spritzeninhalt verseucht, da nach jeder Injektion mit einer Verunreinigung der Nadelspitze zu rechnen ist. Es muß deshalb die gebrauchte Kanüle, wenn dieselbe Spritze ohne nochmalige Sterilisation weiter verwendet wird, unmittelbar nach der Injektion entfernt und durch eine sterile ersetzt werden.

PATSCHEIDER (Innsbruck)

**R. Haas und G. Harrer: Seltene Komplikationen nach intraglutäaler Injektion.** [Neurol. Abt., Landeskrankenanst., Salzburg.] Medizinische 1958, 568.

Bei 64jährigem Mann erfolgte die 5. Irgapyrininjektion offensichtlich links caudal und medial vom Ischiadicusdruckpunkt. Sofort danach taubes Gefühl im Innervationsbereich der Nn. cutaneus femoris dorsalis und pudendalis links. Die willkürliche Regelung der Stuhl- und Harnabgabe war gleichzeitig gestört. Langsame Rückbildung der Ausfälle. — Bei 57jährigem Patienten trat kurz nach Injektion einer Ampulle Irgapyrin rechts intraglutäal eine handflächengroße Schwellung und blaurote Verfärbung der Haut im Bereich der oberen Regio trochanterica rechts ein, die bald danach in eine Nekrose überging. Abstoßung des nekrotischen Hautbezirks und langsame Ausheilung. — Der erste Zwischenfall wird auf eine direkte Verletzung der Nn. cutaneus femoris dorsalis und pudendalis, der zweite auf eine intraarterielle Medikamentenembolie oder auf einen durch die periarterielle Injektion ausgelösten Gefäßspasmus zurückgeführt.

ERNST SCHEIBE (Greifswald)

**J. Bógiević, R. Djordjević et D. Jokanović: Mort subite par pénicilline.** (Plötzlicher Tod durch Penicillin.) [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, 18. XI. 1957.] Ann. Méd. lég. etc. 37, 323—327 (1957).

Da tödliche Zwischenfälle bei Penicillineinspritzungen selten sind, nimmt man an, daß damit keine Gefahren verbunden seien. Es wird daher das Medikament häufig auch von Nicht-Ärzten injiziert. Es konnten 2 tödliche Zwischenfälle nach intramuskulärer Penicillininjektion — durchgeführt von einem Medizinstudenten und einer Krankenpflegerin — untersucht werden. — Zwei jüngere Frauen, die beide früher eine Hautkrankheit durchgemacht hatten, erhielten wegen anderer Erkrankungen Penicillininjektionen. Unmittelbar danach trat bei einer Kranken Übelkeit auf und sie verlor für kurze Zeit das Bewußtsein, erholte sich jedoch bald wieder. Bei der Anderen, die bereits 2 Jahre vorher wegen einer Salpingitis mit Penicillin behandelt worden war, kam es zu Schweißausbruch und Auftreten einer Urticaria. Auch sie erholte sich nach einer Anti-Schockbehandlung bald. Sechs Tage später erhielten beide wiederum je eine intramuskuläre Penicillininjektion. Wenige Minuten danach starben beide plötzlich. Bei den Leichenöffnungen fand sich eine Hyperämie der Eingeweide, in einem Fall ein Ödem des Gehirns und der Meningen, bei der anderen Frau ein Larynx- und Pharynxödem. Bakteriologische und toxikologische Untersuchungen der verwendeten Medikamente, Instrumente und der Leichenorgane blieben negativ. Als Todesursache ist ein anaphylaktischer Schock, der sich auf einem, durch die vorhergehenden Krankheiten und ihre Behandlung bereits „präparierten Boden“ entwickelt hatte, am wahrscheinlichsten. — Es wird zur Verhütung derartiger Vorkommnisse gefordert, daß eine genaue Anamnese hinsichtlich früherer Penicillinanwendungen erhoben wird und außerdem vor Durchführung der Injektion, die zur Bekämpfung eines anaphylaktischen Schocks notwendigen Vorkehrungen getroffen werden.

PATSCHEIDER (Innsbruck)

**R. Schroth: Schuldhaftung und Sozialhaftung. Vorschläge für einen zusätzlichen Versicherungsschutz des Patienten.** [Chir. Klin. Bezirkskrankenh., Görlitz.] Dtsch. Gesundheits-Wes. 1958, 476—478.

An Hand eines praktischen Beispiels (Medianuslähmung mit neuropathischem Handödem nach Calciuminjektion) macht Verf. erneut darauf aufmerksam, daß die bestehende Haftpflichtversicherung des Arztes nur ein Schutz für den Arzt, nicht aber eine Schutzmaßnahme für den

Patienten ist. Sie stellt eine ausgesprochene Schuldhaftung und keine Gefährdungshaftung dar. Es treten aber immer wieder Fälle auf, wo zwar dem Arzt ein schuldhaftes Verhalten nicht nachgewiesen werden kann, wo aber auf Grund unglücklicher Umstände eine bleibende Schädigung des Patienten durch die ärztliche Behandlung eintritt. Da für derartige Fälle keine gesetzliche Entschädigungsmöglichkeit besteht, ergibt sich für die Betroffenen eine unbillige Härte. Verf. verlangt deshalb für solche Fälle die Schaffung einer Entschädigungsmöglichkeit und schlägt vor, daß diese „Sozialhaftung“ von der Sozialversicherung übernommen wird.

DÜRWARD (Rostock)

**Eberhard Schmidt: Muß der diensthabende Arzt eines Spitals in Notfällen außerhalb des Krankenhauses Hilfe leisten?** Dtsch. med. Wschr. 1958, 771.

Die im Titel gestellte Frage wird nach Durchsprechen einschlägiger Bestimmungen und Entscheidungen verneint. Es kann den Krankenhäusern nicht zugemutet werden, mit ihren Ärzten die Umgebung zu versorgen. Gewisse Ausnahmen können bestehen, besonders dann, wenn das Krankenhaus von der Polizei aufgefordert wird und die Möglichkeit einer anderen Hilfeleistung nicht besteht. Verf. regt an, die Frage der Fallübernahme in einer künftigen Bundesärzteordnung zu regeln.

B. MUELLER (Heidelberg)

### Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation

● **Grundfragen der Kriminaltechnik.** Arbeitstagung im Bundeskriminalamt Wiesbaden vom 25. November bis 30. November 1957. Wiesbaden: Bundeskriminalamt 1958. 280 S. DM 12,50.

27 Vorträge sind in dem Band „Grundfragen der Kriminaltechnik“ zusammengestellt. Zunächst gibt NIGGEMEYER (Wiesbaden) einen kurzen Überblick über „Begriff und Aufgaben der Kriminaltechnik“, wobei er vor allem auf die Bedeutung der „Kriminaltechnischen Spezialbeamten“ als Sachverständige hinweist. Sehr eingehend beschäftigt sich SPECHT (München) mit der „gegenwärtigen und künftigen Situation der Kriminaltechnik“ und stellt etwas mehr als sein Vorredner die Rolle akademisch vorgebildeter Kräfte für die Tätigkeit auf dem weiten Feld der Kriminaltechnik heraus. Ferner setzt er sich mit der Frage auseinander, wieweit die Belange der Gerichtsmedizin auf kriminaltechnischem Gebiet reichen. SCHULZ (Bremen) berichtet über die „Zusammenarbeit zwischen Ermittlungsbeamten und Kriminaltechniker“. LESZCZYNSKI (Wiesbaden) bespricht die „Anwendung physikalischer und chemischer Verfahren in der naturwissenschaftlichen Kriminalistik“, behandelt aber im wesentlichen Fragen der Wahrscheinlichkeit auf Grund statistischer Auswertung von Untersuchungsbefunden. „Die Beweiskraft der spurenanalytischen Identifizierungsmethode mit besonderer Berücksichtigung der Spektralanalyse“ wählte SCHÖNTAG (München) als Thema und kommt zu dem Ergebnis, daß „die zahlenmäßig angebbare Beweiskraft einer spurenanalytischen Untersuchung ihre Beurteilung durch den Sachverständigen erfahren haben muß“. SPECHT (München) zeigt in einem weiteren Vortrag die Bedeutung von „Ultraschallschwingungen als Hilfsmittel in der forensisch-chemischen Forschung und Praxis“ auf und bietet einen interessanten Überblick über die Vielfalt der Anwendungsmöglichkeiten des Ultraschalls auf diesem Sektor. Über die „Identifizierung von Gütern aus der industriellen Massenfertigung“ berichtet LICHTENBERG (Hannover) und über eine „zentrale Werkzeugspurensammlung“ HUELKE (Hannover). SCHNUG (Hannover) stellte „die methodischen Möglichkeiten beim Nachweis der Bluteigenschaften in Blut- und Sekretspuren“ zusammen. Seine Ausführungen werden von BERG (München) in einigen Punkten ergänzt, der etwas umfassender über die „Beweiskraft medizinisch-biologischer Untersuchungsergebnisse“ spricht und außer auf Blutspuren auf Genitalsekret, Haare und Knochen eingeht. Ein wichtiges Gebiet, „die Mikrobiologie in der Kriminaltechnik“, behandelt sehr eingehend MARTIN (Wiesbaden). THOMA (München) mit DVORAK und SPECHT bezieht in seiner „kritischen Bewertung von Mikro-Staubuntersuchungen“ den Beweiswert von Staubuntersuchungen an Flaschenmündungen zur Widerlegung des sog. „Kognak-Alibis“. Ein weiterer ausführlicher Vortrag (leider ohne Lichtbilder) stammt von REUMUTH (Mannheim): „Färberei- und Textilveredlungsvorgänge unter dem Mikroskop“, BERGER (Leverkusen) gibt einen knappen Überblick über „Grundlagen der Farbphotographie“, „Probleme der Kriminaltechnik vom Standpunkt der Gifte aus“ umreißt SCHREIBER (Wiesbaden), wobei er auch organisatorische Fragen streift. — Die 3 folgenden Vorträge stammen von Ordinarien der gerichtlichen Medizin. WAGNER (Mainz) behandelt in sehr anschaulicher Weise das Thema „verschleierte Tatbestände bei Todes-