

## Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

● **Ewald Gerfeldt: Das Krankenhaus und seine Betriebsführung.** Ein Hand- und Nachschlagebuch über Bau, Einrichtung und Betrieb der Krankenanstalten in Gesetz, Verwaltungsrecht und Rechtsprechung nach heutiger Geltung für Krankenhausleiter, Ärzte, Verwaltungsbeamte, Behörden und Architekten. Unter Mitarb. von C. L. Paul Trüb. 3. Neubearb. Aufl. Stuttgart: Gustav Fischer 1959. VII, 246 S. u. 5 Abb. Geb. DM 22.—.

Das Hauptgewicht des Buches liegt in der Zusammenstellung der Vorschriften über die Verwaltung von Krankenanstalten und ihren Betrieb im weitesten Sinne, die kurz, aber erschöpfend abgehandelt werden, meist mit wörtlichem Abdruck ganzer Verordnungen. Das zum Teil unterschiedliche Länderrecht ist gebührend aufgeführt (mit Ausnahme der Freiheitsentziehungsgesetze), die Rechtsquellen sind sorgfältig angegeben. Als Compendium, dessen Inhalt dem Untertitel voll entspricht, ist das Buch jedem, der sich rasch über einschlägige Rechtsfragen unterrichten will, sehr zu empfehlen. Einige Hinweise für die nächste Auflage: § 360 Ziff. 10 StGB ist 1935 in den § 330c StGB übergegangen (S. 12). Bei der Besprechung der Rechtsgrundlagen der ärztlichen Behandlung wäre wohl, besonders im Abschnitt „Straf- und Zivilrecht“ die neuere höchstgerichtliche Judikatur zum Operationsrecht ausführlicher zu referieren. Die Meldevorschriften über „Totgeburten“ könnten genauer aufgeführt werden. Im Abschnitt „Berufsgeheimnis“ usw. wäre zu vermerken, daß von einem beschuldigten oder angeklagten Arzt selbstverfaßte Krankenblätter und dergleichen beschlagnahmt werden dürfen.

SCHLEYER (Bonn)

● **Herbert Schäfer: Der Okkulttäter.** (Hexenbanner — Magische Heiler — Erdentstrahler.) Hamburg: Kriminalistik 1959. XVI, 278 S. u. 44 Abb. Geb. DM 24.60.

Das Buch von HERBERT SCHÄFER ist ein Dokument von großer Bedeutung und Aktualität. Das wird schon klar, wenn man die ersten Seiten des Buches liest. Hier werden tabellarisch Aktenzeichen der Gerichte und Staatsanwaltschaften aufgeführt zu Akten, die der Autor eingehend studiert und im Rahmen seiner Arbeit ausgewertet hat. Im einzelnen: 95 Akten, die sich mit modernen „Hexenprozessen“ (die meisten zwischen 1950 und 1956) befaßten, 28 Gerichtsakten, die Verfahren gegen magische Heiler zum Gegenstand hatten, 81, bei denen es sich um Verfahren gegen Erdentstrahler handelte und weitere 35 Prozesse richteten sich gegen andere Okkulttäter. Die Verfahren liefen sämtlich (2 Ausnahmen) in der Bundesrepublik. Die Ursache für diese gigantische Ausbreitung abergläubischer Praktiken, denen eben häufig Strafverfahren folgten, sieht der Autor in mehreren Umständen: Aufhebung der Gaukeleiverbote (lesenswert, S. 6—10), Freisprüche von Wünschelrutengängern und Entstrahlern, Wahrsagern und Astrologen durch die Gerichte, die zum Teil aus Sachunkenntnis im Urteilstenor zum Ausdruck bringen, daß an der Realität der paranormalen Erscheinungen usw. wohl kein Zweifel bestünde. Eine weitere Ursache ist die staatliche Förderung der Parapsychologen, die zum Teil mit öffentlichen Mitteln arbeiten. Die „Okkulttäter“ und unter ihnen besonders die Erdentstrahler tarnen sich wissenschaftlich und werden so strafrechtlich schwer angreifbar. — Besonders eingehend behandelt der Autor unter dem Täterkreis der Okkulttäter die Hexenbanner; er legt auf S. 37 seines Werkes ein Ortsverzeichnis vor, das zahlreiche größere und kleinere Orte beinhaltet, in denen von ihm in den letzten 10 Jahren aktive Be- und Enthexungen usw. festgestellt worden sind. Die Liste ist natürlich, wie der Autor selbst ausführt, unvollständig. Die inneren und äußeren Ursachen des modernen Hexenglaubens werden angeführt, die wirtschaftlichen Hintergründe und der Personenkreis der Geschädigten und der Hexenbanner besprochen. Wie auch schon KRUSE u. a. festgestellt haben, ist keine Rede davon, daß Täter und Geschädigte in irgend einer Weise eine psychiatrische Auslese darstellen würden, es handelt sich in der Mehrzahl bei beiden Gruppen um normale, kritiklose, stark affektiv betonte Personen, oft mit überwertigen Ideen und vielfach um Psychopathen verschiedenster Tönungen. Weitere Buchabschnitte behandeln den magischen Heiler, seine Verfahren und Apparate. Auf das Placeboproblem wird eingegangen. Mit besonderer Sachkunde werden das Wünschelruten- und Erdstrahlenunwesen besprochen und dabei Apparate abgebildet. Sie sind zum Teil patentiert worden (!). Der Autor bringt sogar ein kleines Verzeichnis der Patent-Nr. Sehr mutig sind die im Hinblick auf verschiedene noch produzierende dunkle Firmen gemachten Äußerungen über den Unwert ihrer Erzeugnisse und über „industriegesteuerte“ Sachverständigengutachten. Das verdienstvolle Buch von SCHÄFER wird für laufende und folgende Prozesse eine scharfe Waffe der Anklagevertreter sein, zumal es mit umfangreichen

Literaturangaben versehen ist und sachlich nüchtern unumstürzbare Feststellungen aus der Warte eines naturwissenschaftlich geschulten Juristen vorträgt. Das Buch muß jeder Gerichtsmedizinische Sachverständige, der sich mit Fragen der Paramedizin und Kurforscherei befaßt, kennen und besitzen.

PROKOP (Berlin)

**Eberhard Schmidt: Arztrechtliche Probleme in der deutschen Strafrechtsreform.** [21. Fortbildungskurs f. Ärzte, Regensburg, 9. X. 58.] Regensburg. Jb. ärztl. Fortbild. 7, 183—193 (1959).

In schöner Sprache gehaltener Festvortrag vor dem Kollegium für ärztliche Fortbildung im Reichssaal zu Regensburg. Die Frage der Beurteilung des *Kunstfehlers* sei ein Mosaik von Einzelfragestellungen, die von Fall zu Fall entschieden werden müßten. Es sei nicht möglich, hier Richtlinien zu schaffen, die allgemein gültig seien. Der Vortragende wendet sich gegen die mitunter bestehende Übung, die Ablehnung von *Übernahme von Fällen* aus § 330c zu ahnden. Die Hilfeleistungspflicht ist eine Jedermannspflicht und trifft nicht nur den Arzt, allerdings ist bei Straßenverkehrsunfällen der vorüberkommende Arzt, ein besonders geeigneter Helfer. Die Strafrechtskommission will den Bestimmungen über die ärztliche *Schweigepflicht* folgenden Passus anfügen: „Die Tat ist nicht strafbar, wenn der Täter zur Erfüllung einer Rechtspflicht, zur Ausübung eines Rechts oder zur Wahrnehmung eines berechtigten öffentlichen oder privaten Interesses handelt und seine Handlungsweise ein angemessenes Mittel zur Erreichung des angestrebten Zweckes ist.“ Gesetzlich geregelt durch eine Rahmenbestimmung wird auch die Frage der *Schwangerschaftsunterbrechung*. Die *eigenmächtige Heilbehandlung* wird als Sondertatbestand in das Strafgesetzbuch aufgenommen werden, vielleicht wird auf diese Weise die Diskussion über den Umfang der *Aufklärungspflicht* etwas ruhiger, wenigstens wird dann eine Operation, die bei nicht Innehaltung der Aufklärungspflicht durchgeführt wurde, keine Körperverletzung mehr sein. Die Regelung des *Sterilisationsproblems* soll einem besonderen Gesetz vorbehalten werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

**José Belbey: Responsabilidad médica.** Rev. Asoc. méd. argent. 72, 503—506 (1958).  
**John Watson: The gynaecologist and the law.** (Der Gynäkologe und das Gesetz.) Ulster med. J. 28, 24—29 (1959).

Es handelt sich um einen Vortrag auf der Tagung der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft in Ulster am 20. 3. 58. Verf. behandelt an Hand von Fällen die Berufsfahrlässigkeit, die Einwilligung zur Operation (Grenzen der Zustimmung des Patienten vor der Operation) und schließlich das Problem der fehlerhaften histologischen Diagnose mit den Gefahren für den Frauenarzt. Britisches Schrifttum.

RUDOLF KOCH (Coburg)

**Lieberwirth: Aufopferungsansprüche bei Gesundheits-, insbesondere Impfschäden. Kritische Bemerkungen zur Rechtsprechung des BGH.** Neue jur. Wschr. A 12, 796—798 (1959).

Beim BGH besteht nach den Mitteilungen des Verf. die Neigung, die Aufopferungsansprüche nach Impfschäden weitgehend zu bejahen. In einem vom Verf. zitierten Falle, handelte es sich um eine Impfung gegen Tuberkulose, die schädigende Folgen hatte und in Frage stellte, ob der 11jährige Knabe später seine Eltern unterhalten könne. Die Impfung war nicht Pflicht, aber durch ein Merkblatt des Gesundheitsamtes dringend nahegelegt worden mit Hinweis auf die heimtückische Erkrankung einerseits und die Ungefährlichkeit der Impfung andererseits. Der BGH ist der Auffassung, daß durch den Wortlauf des Merkblattes die Eltern in eine Gewissensnot versetzt wurden, die einer gesetzlichen Pflicht, die Impfung zu gestatten, gleichkam. Verf., der Oberregierungsrat bei einer Verwaltungsbehörde ist, hält diese Auffassung des BGH für zu weitgehend; fernerhin auch die Genehmigung von Aufopferungsansprüchen für eine Querschnittslähmung, die die Folge einer Salvarsan-Spritze war. Zwar besteht ein Zwang, geschlechtliche Erkrankungen behandeln zu lassen, die Behandlung hätte aber ebensogut auf freiwilliger Basis durchgeführt werden können. Verf. stößt sich daran, daß derjenige, der sich zwangsbehandeln läßt, Vorteile vor demjenigen hat, der sich freiwillig zur Behandlung zum Arzt begibt. Weitere Einzelheiten müssen dem Original entnommen werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

**BGB §§ 286, 823, 276, 611 (Untersuchungspflicht des Arztes vor Anwendung von Narkotika, Beweislastverteilung).** [BGH, Urt. v. 28. 4. 1959—VI ZR 51/58 (Hamm). Neue jur. Wschr. A 12, 1583—1584 (1959).

Zivilrechtliche Folgerungen ärztlich fehlerhaften Verhaltens: Ein Arzt verabfolgt einem ihm bis dahin unbekannten Patienten kurz hintereinander intravenös zwei hochwirksame Morphine,

ohne ihn eingehend untersucht zu haben; der Patient stirbt, die Obduktion deckt unter anderem ein Emphysem auf. Bei der Frage des Kausalzusammenhanges ist es unerheblich, ob der Arzt bei einer gründlichen Untersuchung alle jene Veränderungen hätte erkennen können, die sich bei der Obduktion herausstellten; wesentlich ist nur, daß, nach dem Sachverständigengutachten, Inspektion und Perkussion des Brustkorbes das Emphysem aufgedeckt hätten. Nur wenn ein gewissenhafter Arzt die gewählte Behandlungsmethode auch trotz dieser Erkenntnis für zulässig erachten würde, könne der Kausalzusammenhang verneint werden. — Die in kurzen Abständen durchgeführte intravenöse Applikation zweier hochwirksamer Morphine (es wird nur Eukodal genannt) stellt im Zusammenhang mit der Verletzung der ärztlichen Pflicht, einen bis dahin unbekannten Patienten „so weit wie möglich auf Erkrankungen zu untersuchen“, bei denen gegen die intravenöse Anwendung von Narkotica Bedenken bestehen, einen groben Behandlungsfehler dar; auch in einem solchen Falle, nicht nur bei einem leichtfertigen Verhalten des Arztes, muß der beklagte Arzt beweisen, daß der schädliche Erfolg *nicht* auf den Fehler zurückzuführen ist.

V. KARGER (Kiel)

**F. Starlinger: Versuch einer Leistungs- und Verantwortungsabgrenzung von Operateur und Anaesthetist.** [Chir. Abt., Wilhelminenspital, Wien.] Wien. med. Wschr. 109, 483—484 (1959).

Eine auf die lokalen Wiener Verhältnisse zugeschnittene Arbeit, in der betont wird, daß die klassische Alleinherrschaft des Operateurs zugunsten des Teamworks mit anderen Fachärzten aufgegeben werden sollte.

BACH (Heidelberg)<sup>oo</sup>

**E. Schütze: Zwischenfälle bei Anwendung von „Isoprid“.** [Chir. Klin., Bezirkskrankenhaus, Schwerin.] Z. ärztl. Fortbild. 53, 699—700 (1959).

Nachdem in einer früheren Arbeit [BAUMGART: Z. ärztl. Fortbild. 51, 18 (1957)] ein Erfahrungsbericht über das Inhalationsnarkoticum Isoprid (VEB v. HEYDEN, Radebeul) gegeben und die Anwendung empfohlen wurde, wird jetzt über 3 Todesfälle bei Anwendung von Isoprid (Isopropylchlorid) berichtet. Bei allen 3 Todesfällen ergab weder die vorherige klinische Untersuchung, noch die Obduktion einen Befund, der als Kontraindikation zu der durchgeführten Operation (Panaritium, Glutäal-Spritzenabsceß, Mastitis) zu verwerfen gewesen wäre. Das Narkosemittel selbst war einwandfrei, die Ausführung der Anaesthetie ohne Fehler. Die Schlußfolgerung geht dahin, daß das Isoprid ein Narkosemittel ist, bei dessen Anwendung sich relativ oft tödliche Zwischenfälle ereignen, wobei der Arzt auch bei sorgfältigstem Vorgehen nicht in der Lage ist, ein solches Ereignis vorauszusehen. Alle Kranken starben nicht auf der Höhe des Rausches, sondern nach dem Erwachen. Offenbar handelt es sich um zentrale Herz- und Atemlähmung.

E. STICHNOTH (Berlin)

**Fl. Coste, L. Dérobert et P. Blum: Mort au cours d'une injection de thiamine et de procaine.** (Tödlicher Zwischenfall bei einer Injektion von Procain und Aneurin.) [Soc. de Méd. lég. et de Criminol. de France, 13. X. u. 17. XI. 1958.] Ann. Méd. lég. 39, 304—305 (1959).

Kasuistischer Beitrag. 49jähriger Mann litt seit 2 Jahren an therapieresistenter Ischias. Er erhielt intramuskuläre Injektionen von Procain und Aneurin in die Lendengegend. In 2tägigen Abständen waren 3 Injektionen von 10, 15 und 20 cm<sup>3</sup> verabfolgt worden. Drei Minuten nach der 4. Injektion von 20 cm<sup>3</sup> klagte der Patient plötzlich über Atemnot und ist unter den Händen des Arztes verstorben, ehe eine Behandlung des Zwischenfalles eingeleitet werden konnte. Bemerkenswert war, daß zunächst die Atmung und dann die Herztätigkeit aussetzten. Die Leichenöffnung zeigte eine uncharakteristische Blutstauung in den Lungen und Blutaustritte in den weichen Häuten des Gehirns und eine starke Vasodilatation im Parenchym der Leber und der Nieren. Verf. weisen darauf hin, daß sowohl nach Aneurin als auch nach Procaininjektionen solche Zwischenfälle auftreten können. Bei der Seltenheit eines anaphylaktischen Schocks nach Aneurineinspritzung und der relativen Häufigkeit eines solchen Ereignisses nach Procaininjektionen ist das Ereignis nach Auffassung der Verf. dem Procain zur Last zu legen.

H. LEITHOFF (Freiburg i.Br.)

**A. C. Hunt: Anaesthetic causes of death on the table.** (Anaesthetie als Ursache für den mors in tabula.) J. forensic Med. 5, 141—145 (1958).

Mehr allgemein gehaltene Ausführungen über Sektionsbefunde bei tödlichen Narkosezwischenfällen, wobei besonders die Veränderungen am Respirationstrakt hervorgehoben werden. In

der Endkonsequenz kommt der Verf. zur Überzeugung, daß irgendwelche pathologische Veränderungen selten die Entscheidung über die eigentliche Todesursache zu fällen erlauben. Er steht auf dem Standpunkt, daß die Leichenöffnung hauptsächlich durchgeführt werden sollte, um natürliche Ursachen für den Todeseintritt auszuschließen und um die Operationstechnik nachzuprüfen.

ERNST SCHEIBE (Greifswald)

**L. Dérobert et E. Fournier: Mort subite après infiltration cervicale de xylocaïne.** (Plötzlicher Tod nach Xylocain-Infiltration im Nackenbereich.) [Soc. de Méd. lég. et de Criminol. de France, 13. X. u. 17. XI. 1958.] Ann. Méd. lég. 39, 302—303 (1959).

Bei einem 18jährigen Mädchen wurden wegen Genickschmerzen mehrfach Injektionen von 2—5 cm<sup>3</sup> Xylocain in der Nähe der Halswirbelsäule durchgeführt. Bei der dritten Behandlung Bewußtseinsverlust, Atemstillstand und Tod. Obduktionsergebnis: an der Injektionsstelle und im ganzen unauffällig.

H. B. WUERMELING (Freiburg i. Br.)

**L. Dérobert et M. Guéniot: Accidents mortels dus à la pénicilline.** Ann. Méd. lég. 39, 331—332 (1959).

**F. Larbre, M. Béthenod et M. Fleurette: Décès après injection intra-musculaire de pénicilline chez un nourrisson. Présence d'une myocardite interstitielle à l'autopsie.** [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, 13. X. et 17. XI. 1958.] Ann. Méd. lég. 39, 185—186 (1959).

**R. Wahl, F. Woringen, M. Caron et E. Wilhelm: À propos de quelques cas d'accidents locaux et généraux survenus après pénicillinothérapie.** (Lokale und allgemeine Vorfälle nach Penicillinbehandlung.) [Soc. de Méd. lég. et de Criminol. de France, 13. X. u. 17. XI. 1958.] Ann. Méd. lég. 39, 217—219 (1959).

Verff. erwähnen 3 Beobachtungen eines verallgemeinerten Ekzems mit leichtem Fieber, das einige Stunden bis 2 Tage nach dem Auftragen einer Salbe oder Injektion von Penicillin zum Ausbruch kam. Nach Behandlung trat der Heilungsprozeß 16—20 Tage später ein.

A. J. CHAUMONT (Strasbourg)

**Aldo Mele: Morte improvvisa da infezione di penicillina.** (Plötzlicher Tod nach Penicillin-Injektion.) [Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Napoli.] Folia med. (Napoli) 42, 410—426 (1959).

An Hand von 4 eigenen Beobachtungen eines plötzlichen Todes nach einmaliger Injektion von Depotpenicillin-Präparaten (Pasicillin, Dicristicin, Crysticillin und Bronchocillina) vertritt Verf. die Ansicht, daß die Todesursache nicht wie bisher angenommen auf einen anaphylaktischen Schock zu beziehen sei, sondern auf eine Lungenembolie, die bei unsachgemäßer Injektion durch Verschleppung des Penicillin-Suspension in die Blutbahn entstehe. Der Tod sei in allen Fällen kurz nach der Injektion eingetreten. Bei der Leichenöffnung zeigten sich neben Hirn- und Lungenödem und Zeichen der akuten Stauung, Verfettung der Leber, Niere und des Herzmuskels. In erster Linie aber wurden diffuse Lungeninfarkte und in den Capillaren teils amorphe, teils kristalline Stoffe gefunden. Diese Befunde entsprächen den Verhältnissen bei Leuten, denen kolloidale Lösungen intravenös verabfolgt worden wären.

MALLACH (Berlin)

**P. Blum: A propos des accidents mortels ou autres de la pénicilline.** (Über tödliche und andere Zwischenfälle durch Penicillin.) [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, 13. X. et 17. XI. 1958.] Ann. Méd. lég. 39, 187—190 (1959).

Kurze Literaturübersicht der bisher mitgeteilten tödlichen Zwischenfälle der Penicillin-medikation. Der Tod erfolgte meist in Form des anaphylaktischen Schocks. Derartige Zwischenfälle sind sehr selten und schwer voraussehbar. Aber nicht nur die tödlichen Zwischenfälle, sondern auch andere schwere Unverträglichkeitserscheinungen sollten nicht leicht genommen werden. Entsprechende Alarmzeichen wären Fieberanstieg, verschiedene Hautreaktionen wie Urticaria, Erytheme, Ekzeme, nervöse Erscheinungen und Reaktionen des Gefäßapparates. Die meisten Unverträglichkeiten dürften durch vorangegangene Sensibilisierung entstanden sein. — Die schon von FLEMING vorgeschlagenen Cutanproben haben sich in der Praxis nicht

sehr bewährt und sind auch mit der Gefahr einer Sensibilisierung verbunden. Sie sollten daher nur nach genauester klinischer Untersuchung angewandt werden. Wegen der beschriebenen Gefahren der Penicillintherapie sollte der Arzt immer die nötigen Medikamente zur Schockbekämpfung bereithalten.

MARESCH (Graz)

**M. Gaultier, E. Fournier et F. Potté: Ulcères gastro-duodénaux thérapeutiques. Conséquences médico-légales.** (Therapeutisch bedingte Geschwüre des Magens und Duodenums. Gerichtsmedizinische Folgerungen.) [Soc. de Méd. lég. et de Criminol. de France, 13. X. u. 17. XI. 1958.] *Ann. Méd. lég.* **39**, 272—279 (1959).

Unter diesen Begriff fallen die im Verlauf einer medikamentösen Therapie auftretenden akuten und chronischen Geschwüre und ihre Komplikationen (Blutung und Perforation). — Es werden kurz die pathogenetischen Hypothesen dargestellt und dann die drohenden Gefahren der Geschwürsbildung oder akuten Exacerbation chronischer Geschwüre bei Anwendung von Histamin, Atophan, Aspirin, Phenylbutazon, Cortison und Reserpin besprochen. — Das Histamin wird beim Menschen therapeutisch kaum verwendet und beim Atophan steht die Iktusgefahr gegenüber der Geschwürsbildung im Vordergrund. Bei Anwendung von Salicylaten ist vom Arzt eine genaue Anamnese aufzunehmen und der Kranke außerdem über die möglichen Komplikationen aufzuklären. Solche können durch schwache Dosierung und gleichzeitige Gaben von Bicarbonat oder Hämostyptica weitgehend vermieden werden. — Die Phenylbutazonpräparate bedingen in 2—4% therapeutische Zwischenfälle. Die weite Verbreitung dieser Substanzen mahnt zur Vorsicht. Sie sind bei bulbären Geschwüren absolut kontraindiziert, sollen nie außerhalb eines Krankenhauses angewendet werden und verlangen in den ersten 2—3 Wochen der Behandlung eine dauernde Beobachtung des Patienten. Dieselben Vorsichtsmaßregeln sind bei Anwendung von Cortisonen geboten. In Notfällen muß die Behandlung damit, ungeachtet der Geschwürsanamnese, in einem Krankenhaus, das über Röntgen- und Bluttransfusionsmöglichkeiten verfügt, durchgeführt werden. — Bei allen genannten Medikamenten sollte die Kenntnis möglicher Komplikationen zur Vorsicht mahnen, vor allem aber eine dauernde Beobachtung des Kranken während der Behandlung mit solchen Mitteln zur Regel werden.

PATSCHIEDER (Innsbruck)

**R. Truhaut: Les dangers de l'utilisation inconsidérée des colorants en thérapeutique.** (Gefahren bei der Verwendung gefärbter Medikamente.) [Soc. de Méd. lég. et de Criminol. de France, 13. X. u. 17. XI. 1958.] *Ann. Méd. lég.* **39**, 283—301 (1959).

Farbstoffe werden bei Medikamenten entweder um eines eigenen therapeutischen Effektes willen angewendet, oder um medizinische Präparate zu färben (Tabletten, Dragees, Nahtmaterial). Zu letzterem Zwecke verwendete Farben (Orange, Scharlachrot, Naphtolgelb, Eosin, Erythrosin u. a.) können, wie durch Tierversuche längst bekannt ist, die parenchymatösen Organe schädigen, sensibilisierend wirken, oder — wie vor allem die Azo-Farbstoffe — auch cancerogen wirken. Nach Ansicht des Verf. sollte man bei nur gelegentlich und kurzfristig einzunehmenden Medikamenten in bezug auf die beigemischten Färbemittel nicht überängstlich sein; für langfristig zu verordnende Medikamente dagegen sollten nur solche Farben gestattet sein, die auch zur Färbung von Lebensmitteln zugelassen sind. Bei der Herstellung gefärbten chirurgischen Nahtmaterials sollte der Färbung eine gründliche Auswaschung überschüssigen Farbstoffes folgen.

SCHRÖDER (Hamburg)

**J. Planques, R. Saint-Marc et E. Chisin: Insuffisance surrénale après héparinothérapie.** (Nebenniereninsuffizienz nach Heparintherapie.) [Laborat. de Méd. lég. et de Méd. du Trav., Fac. de Méd., Toulouse.] [Soc. de Méd. lég. et de Criminol. de France, 13. X. u. 17. XI. 1958.] *Ann. Méd. lég.* **39**, 266—271 (1959).

Ins Einzelne gehende Beschreibung des klinischen Verlaufes von 2 Fällen von Nebenniereninsuffizienz nach Heparintherapie. Im Falle 1 nahm man klinisch beinahe vollständige Zerstörung beider Nebennierenrinden infolge beiderseitiger kapsulärer Blutung an. In beiden Fällen war eine Substitutionstherapie nötig, die im 2. Fall allein in der Lage war über Jahre hinaus einen ausreichenden Zustand zu gewährleisten. In solchen sehr seltenen Fällen von Nebenniereninsuffizienz scheint das Auftreten eines Addisonschen Syndroms ein Anzeichen für eine teilweise Wiederherstellung der durch den Druck der Blutung anscheinend nicht vollständig zerstörten Nebennierenzellen zu sein.

MARESCH (Graz)

**R. Piédelièvre et L. Dérobert: Mort au cours d'un traitement à la cyclosérine.** (Tod während einer Behandlung durch Cycloserin.) [Soc. de Méd. lég. et de Criminol. de France, 13. X. u. 10. XI. 1958.] Ann. Méd. lég. 39, 219—220 (1959).

Behandlung eines 68jährigen Mannes (Lungen-Tbc mit Kaverne an der rechten Spitze) durch PAS Perfusion und Cycloserin. Nach einigen Tagen, Ohnmacht gefolgt durch Quadriparesie mit vorübergehender Aphasie. Tödlicher Herzkollaps nach 48 Std. Die Obduktion ergab kavernöse Tbc der rechten Lungenspitze, Blutandrang der Lungenbasis, Atherosklerose, Ödem der Pia mater.

A. J. CHAUMONT (Strasbourg)

**F. Jung: Erlaubte und unerlaubte Versuche.** [Inst. f. Pharmakol. u. Toxikol., Humboldt-Univ., Berlin.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 14, 1433 (1959).

Bei begründeter Indikation wurde eine intakte Gravidität Mens IV unterbrochen. Die lebende Frucht wurde in einer Nährlösung, der Sr-90 zugesetzt war, einige Zeit am Leben erhalten. Nach dem Tod der Frucht wurden Analysen durchgeführt, die Aufschluß über den Durchtritt von Sr-90 durch die Placenta geben sollten. Verf. meint, daß dieser Versuch sich nicht notwendig mit einem grundsätzlichen und wesentlichen medizinischem Interesse verbindet, um so mehr als dieser Versuch auch tierexperimentell durchführbar gewesen wäre.

MARESCH (Graz)

**G. Herold: Der Arzt als Prüfer und Begutachter neuer Arzneimittel.** Dtsch. med. Wschr. 84, 1313—1315 (1959).

Nach Ansicht des Verf. ist der Arzt verpflichtet, sich über alle neuen Arzneimittel laufend zu unterrichten. Es könne ihm der Vorwurf fahrlässigen Handelns nicht erspart bleiben, wenn die Behandlung eines Kranken nicht erfolgreich ist, weil er aus Unkenntnis ein neues, wirksames Arzneimittel nicht angewendet hat. Auch obliege dem Arzt die Verpflichtung, alle neuen Arzneimittel gewissenhaft zu prüfen, ehe er sie verschreibt. Er müsse die Angaben der Herstellerfirmen über die Zusammensetzung des Mittels darauf hin durchsehen, ob und in welcher Konzentration Gifte oder gesundheitsgefährdende Stoffe in dem Mittel enthalten sind. Ergeben sich auf diese Weise Bedenken, ob das Mittel als unschädlich anzusehen ist, so wird der Arzt entweder von einer Verordnung des Mittels absehen oder beim Hersteller oder in einer großen Klinik, in der bereits Erfahrungen mit der Anwendung des betreffenden Arzneimittels vorliegen, Rückfrage halten müssen. Diese Forderungen gehen meines Erachtens zu weit. Bei der Fülle von neuen Arzneimittelspezialitäten ist es dem praktischen Arzt technisch unmöglich, sich einen vollständigen Überblick über sie zu verschaffen. Dem Arzt ist es zudem freigestellt, mit welchen Behandlungsmethoden und mit welchen Arzneimitteln er seine Patienten behandelt. Er ist also nicht verpflichtet, ein bestimmtes Arzneimittel, das vielleicht gerade in Mode ist, zu verordnen. Eine Fahrlässigkeit wegen Nichtanwendung eines Heilmittels kann doch wohl nur dann angenommen werden, wenn es sich, wie z. B. bei dem Diphtherie-Heilserum, um ein Mittel handelt, das jedem Arzt bekannt ist, und über dessen Heilungskraft überhaupt kein Zweifel besteht. — Es kann meines Erachtens auch nicht Aufgabe des Arztes sein, neue Arzneimittel an Hand der Angaben der Herstellerfirmen auf ihre Giftigkeit und Gesundheitsgefährlichkeit zu überprüfen. Eine solche Überprüfung ist wegen der Unklarheit und Dürtigkeit, durch die die Angaben der Herstellerfirmen sich oft auszeichnen, gar nicht möglich, ganz abgesehen davon, daß der Arzt nicht genügend chemisch geschult ist, um solchen Forderungen nachkommen zu können. Der Arzt muß sich darauf verlassen können, daß das neue Arzneimittel, bevor es auf den Markt kommt, im Tierversuch und klinisch genügend erprobt ist. — Zu der Frage, ob der Arzt Gutachten über neue Arzneimittel abgeben darf, zitiert der Verf. die §§ 20 und 23 der Berufsordnung für die deutschen Ärzte, in der alles Wissenswerte nachgelesen werden kann. GERSBACH (Wiesbaden)

**L. Herrmann: Dickdarmp perforationen bei Rektoskopie und Suda-Bad.** [Chir. Klin. d. Stadtkrankenh., Dresden-Friedrichstadt.] Zbl. Chir. 84, 1198—1205 (1959).

**Peter A. Haas: Darmperforation bei Proktoskopie.** [Chir. Abt. d. Budapester Ärztenfortbildgs-Inst., Budapest.] Zbl. Chir. 84, 1207—1212 (1959).

Übersicht über die Literatur zum Thema. Bericht über einen eigenen Fall, bei dem eine Probeexcision aus dem Rectum zu einer subserösen Perforation mit retroperitonealem Emphysem, Peritonitis und Gasaustritt in die freie Bauchhöhle führte (Diapedese? Platzen von Emphysemblasen?). Bei der Operation konnte die Perforationsstelle erst nach Auffüllen des Mastdarms mit einer Farblösung aufgefunden werden.

H. B. WUERMEILING (Freiburg i. Br.)

**M. Muller et P.-H. Muller: Accident mortel au cours d'une opération en hypotension contrôlée.** (Tödlicher Zwischenfall im Verlauf einer Operation im kontrollierten Unterdruck.) [Soc. de Méd. lég. et de Criminol. de France, 13. X. u. 17. XI. 1958.] Ann. Méd. lég. 39, 225—230 (1959).

43jähriger, fatter Hypertoniker wird wegen einer Orbitalphlegmone nach Stirnhöhlenver-eiterung operiert. — Penthotal-Curare. — Zur Blutdrucksenkung 5,0 cm<sup>3</sup> Methoniumlösung in 2 Portionen. — Vier Stunden nach dem Eingriff Hemiplegie rechts mit rapidem Blutdruckabfall. Etwa 50 Std später Exitus. — Autopsie: Schwerste Sklerose der Hirnbasisgefäße, 5fache frische Blutungsherde in der linken Großhirnhemisphäre. — Der Zusammenhang zwischen den Blutungen und der medikamentösen Wirkung ist bekannt. Solange das Blut um 90 % O<sub>2</sub>-Sättigung aufweist, kann man von kontrolliertem Unterdruck sprechen. Nimmt der O<sub>2</sub>-Gehalt ab, beobachtet man häufig Blutungen. — Eingehende Diskussion mit Beiträgen vor allem von den Anaesthesisten. Hinweise auf die Vorsicht, welche bei der Anwendung neuer Pharmaka dieser Gruppe und bei neuen Methoden überhaupt zu beachten ist. Hinweis vor allem (mit Fehlerdemonstration am vorliegenden Beispiel), daß derartige Methoden in die Hand des Anaesthesisten gehören. Hinweis schließlich auch darauf, daß man den gegenteiligen Versicherungen der Herstellerfirmen solcher Mittel (quoad periculum) nicht blindlings Glauben schenken soll. — Im vorliegenden Falle bewies die von der Firma beigebrachte Schrifttumssammlung die absolute Ungefährlichkeit des angewandten Mittels.

EHRHARDT (Nürnberg)

**L. Roche, E. Lejeune, J. Maitrepierre et P. Grandmottet: Injection accidentelle d'une dose massive d'insuline-Protamine-Zinc chez un diabétique. Considérations médico-légales.** (Irrtümliche Injektion einer massiven Dosis von Protamin-Zink-Insulin bei einem Diabetiker. Gerichtsmedizinische Betrachtungen.) [Soc. de Méd. lég. et de Criminol. de France, 13. X. u. 17. XI. 1958.] Ann. Méd. lég. 39, 250—252 (1959).

Ein 33jähriger Diabetiker, eingestellt mit täglich 15 Einheiten Protamin-Zink-Insulin, ließ sich auf einer Autotour durch eine Krankenschwester die Injektion verabreichen. Diese injizierte irrtümlich die gesamte Ampulle mit 400 E. Er ließ sich sofort ins nächste Spital einweisen, in dem er 4 Tage lang genauestens überwacht wurde. Er erhielt große Mengen Kohlenhydrate und 1720 g Glucose intravenös. Infolge dieser energischen und sofortigen Behandlung kam es niemals zu komatösen Zuständen, sondern es traten lediglich vorübergehende Schweißausbrüche und epigastrische Krämpfe auf. An diese Schilderung des Verlaufes schließen sich einige allgemeine gerichtsmedizinische Betrachtungen, wie die Feststellung, daß die Krankenschwester nicht befugt gewesen sei, eine derartige schwerwiegende therapeutische Handlung überhaupt auszuführen und auch die Erwähnung der Konsequenzen die bei Nichterkennung der Überdosierung hätten eintreten können, z.B. die Möglichkeit eines Verkehrsunfalles bei Entstehung einer Hypoglykämie während des Chauffierens.

MARESCH (Graz)

**Kurt Weese: Folgen nach versehentlicher intraarterieller Injektion.** [Chir. Klin., Charité, Berlin.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 14, 1510—1516 (1959).

Bericht über eine versehentliche Injektion von Basinarcon in die rechte arteria cubitalis einer 66jährigen Patientin. Bei der Frau sollte eine Schenkelhalsnagelung vorgenommen werden. Das Basinarcon wurde unmittelbar vor der Äthernarkose vom Operateur selbst injiziert, da der zuerst damit beauftragten Assistenzärztin die Injektion mißlang. Am 2. Tag nach der Operation klagte die Patientin über starke Schmerzen in der rechten Ellenbeuge. Es bestand hier eine erhebliche Schwellung. In der Folgezeit stellte sich trotz intensiver Behandlung eine trockene Nekrose des rechten Unterarmes ein, so daß 16 Tage nach der Basinarconinjektion der Arm amputiert werden mußte. Verf., der diesen Fall zu begutachten hatte, nimmt auf Grund des Befundes eine versehentliche intraarterielle Injektion in die arteria cubitalis an. Ein Verschulden des Arztes wird abgelehnt, da es sich offenbar um eine schwierige Injektion bei einer fett-süchtigen Frau gehandelt hat und die ersten warnenden Symptome — nämlich Schmerzäußerungen — infolge der schon wirkenden Narkose nicht vorhanden waren. — Verf. bespricht im Anschluß daran eingehend die Gefahren einer intraarteriellen Injektion unter Anführung mehrerer früher beschriebener ähnlicher Fälle.

DÜRWARD (Rostock)

**H. Ollivier et F. Robert: Les gangrènes gazeuses survenant après injections médicamenteuses.** (Gasbrand nach Injektion verschiedener Medikamente.) [Soc. de Méd. lég. et de Criminol. de France, 13. X. u. 17. XI. 1958.] Ann. Méd. lég. 39, 220—225 (1959).

Zusammenstellung einzelner, der an sich spärlichen Schrifttumsangaben. — Kommt es im Anschluß an Injektionen zum Ausbruch einer Infektion, ist die Mortalität sehr hoch (94%). Fast immer wird der *Bacillus perfringens* gefunden. Am häufigsten kommt es zur Infektion nach Injektionen von Adrenalin und Coffein (32,5 bzw. 18% aller Fälle). Liegt das daran, daß es sich bei solchen Injektionen um sehr eilige Eingriffe handelt, eventuell mit ungenügender Sterilität, oder spielt eventuell die neurovasculäre Wirkung der Pharmaka eine Rolle, indem hierdurch ein für das Angehen der Infektion besonders günstiges Milieu geschaffen wird, oder liegt eventuell der Ausbruch einer endogenen Infektion vor (begünstigt durch die oben genannte Gefäßwirkung)? — Eine Beantwortung oder Diskussion dieser Fragen erfolgte durch den Verf. nicht. EHRHARDT (Nürnberg)

**Mario Ghirlanda: Contributo al problema della valutazione medico-legale della sordità.** Descrizione di un metodo di calcolo „isofonico“. [Ist. di Clin. O.R.L., Univ., Roma.] *Zacchia* 34, 185—202 (1959).

**Vittorio Gramignani: Metodica dell'esame funzionale delle articolazioni.** (Ist. di Med. leg. e Assicuraz., Univ., e Rep. I.N.A.I.L., Osp. Regina Margherita, Messina.) *Minerva med.-leg.* (Torino) 79, 71—76 (1959).

**R. Le Breton: La thérapeutique antidiarrhéique par le salicylate basique d'alumine est-elle sans risques?** [Soc. de Méd. lég. et de Criminol. de France, 13. X. u. 17. XI. 1958.] Ann. Méd. lég. 39, 280—283 (1959).

**G. Riffat et M. Lambert: Choc mortel à la suite d'une perfusion intraveineuse de protéolysat.** [Clin. Méd. A, Fac. de Méd., Lyon.] [Soc. de Méd. lég. et de Criminol. de France, 13. X. u. 17. XI. 1958.] Ann. Méd. lég. 39, 305—309 (1959).

**M. Mosinger, M. Carcassonne, H. Fiorentini, A. Gras et G. de Bisschop: Classification des accidents thérapeutiques.** [Inst. de Méd. lég., Hyg. industr. et Méd. du Travail, Univ., Aix-Marseille.] [Soc. de Méd. lég. et de Criminol. de France, 13. X. et 17. XI. 1958.] Ann. Méd. lég. 39, 141—162 (1959).

**John H. Yoell: Bone marrow embolism to lung following sternal puncture.** (Knochenmarkembolie der Lungen nach Sternalpunktion.) [Dept. of Path., VA Hosp., San Francisco.] *A.M.A. Arch. Path.* 67, 373—374 (1959).

Kurzer Überblick über die Bedeutung der Knochenmarkembolien, die J. H. FISHER bei 96 Todesfällen mit Frakturen in 19,8% in den Lungen nachweisen konnte. In 27 Fällen hatten RAPPAPORT, RAUM und HORRELL den maßgeblichen pathogenetischen Faktor einer Traumatisierung von Teilen des Skeletsystems, aber auch die Bedeutung eines lokalen Druckes, manchmal sogar einer heftigen Muskelkontraktion, die zu einer Ruptur der Knochenmarksinusoide und zur Einschleppung von Markelementen in die venöse Zirkulation führe, für die Knochenmarkembolie festgestellt. Daher seien auch bei Eklampsie, Tetanus und anderen mit Krampfständen verbundenen Krankheiten, Knochenmarkembolien gefunden worden. Im übrigen wäre es eine überflüssige akademische Streitfrage, ob ein „reiner“ Markembolus (der normalerweise etwa 50% Fettgewebe enthalte) von einem Fettembolus abzugrenzen sei. Die Knochenmarkembolien wären teils geringfügig und harmlos, teils aber auch massiv und gefährlich, könnten zu Erstickungsfällen und sogar zum Tode führen. Erst kürzlich sei auf unmittelbar tödliche Knochenmarkembolien im Zusammenhang mit Frakturen einer tumorös oder tuberkulös veränderten Wirbelsäule oder nach Thorakotomien in der Literatur hingewiesen worden. Daneben hätten auch in einigen Fällen von Sichelzellanämie und Hämoglobin C-Krankheit gewisse Mechanismen der „Knochenmarkinfarzierung“ zu einer verhängnisvollen Embolisierung roten Knochenmarkes geführt. Schließlich sei 1951 von MONTGOMERY ein tödlicher Zwischenfall durch pulmonale Knochenmarkembolie 6 Std nach einer Sternalpunktion beschrieben worden. Eine zweite einschlägige Beobachtung wird vom Verf. mitgeteilt. Es handelte sich um einen 70jährigen Mann,

der wegen einer chronischen Pyelonephritis mit Niereninsuffizienz in das Krankenhaus eingeliefert worden und 9 Tage nach einer Sternalpunktion verstorben war. Sektion und histologische Untersuchung hatten nicht nur die klinische Diagnose bestätigen, sondern auch in einem kleinen Lungenarterienast einen roten Knochenmarkembolus nachweisen können, der im Zusammenhang mit der Sternalpunktion infolge der Nadelaspiration aus dem Markraum in die Lungen verschleppt worden war. Solche Zwischenfälle seien zwar selten, aber von praktischer Bedeutung, da sie einen überaus häufigen diagnostischen Eingriff bis zu einem gewissen Grade riskieren könnten. (Im Falle des Verf. hatte es sich allerdings offenbar nur um einen Nebebefund gehandelt. Ref.)  
ILLCHMANN-CHRIST (Kiel)<sup>oo</sup>

**L. Bourrat et A. Marin:** Les aspects médico-légaux des accidents de la thérapeutique par les électro-chocs. [Soc. de Méd. lég. et de Criminol. de France, 13. X. u. 17. XI. 1958.] Ann. Méd. lég. 39, 252—258 (1959).

**F. Heully, A. Larcen, C. Kling et D. Richard:** Rickettsioses et affections cardiovasculaires. Les incidences médico-légales dans la pathologie des transplantés. Ann. Méd. lég. 39, 377—385 (1959).

**L. Dérobert, J. J. Rondepierre et P. E. Hivert:** Un cas de mort après électro-choe. [Soc. de Méd. lég. et de Criminol. de France, 13. X. u. 17. XI. 1958.] Ann. Méd. lég. 39, 258—260 (1959).

Es wird ohne besondere Einzelheiten ein Todesfall nach Elektroschock-Behandlung mitgeteilt. Es handelt sich um eine 51jährige Frau, bei der wegen erheblicher Skoliose und Hypertonie Curare gegeben wurde. Verf. diskutieren die Gefahren einer derartigen Behandlung und halten Zwischenfälle für selten.  
SCHWEITZER (Düsseldorf)

**M. Muller, E. Watel et P.-H. Muller:** Accident mortel après radiothérapie au cours d'une porphyrie. [Soc. de Méd. lég. et de Criminol. de France, 13. X. u. 17. XI. 1958.] Ann. Méd. lég. 39, 264—266 (1959).

**Pierre-Lehmann:** Le rôle des variations de la radiosensibilité dans les accidents de la radiothérapie. Influence des irritations d'origine externe et des variations du milieu intérieur sur ces accidents. [Soc. de Méd. lég. et de Criminol. de France, 13. X. u. 17. XI. 1958.] Ann. Méd. lég. 39, 260—264 (1959).

**F. Lembeck und W. Maresch:** Tödliche Kontrastmittelembolie bei Hysterosalpingographie. [Inst. f. Pharmakol., u. Inst. f. Gerichtl. Med., Univ., Graz.] Wien. klin. Wschr. 71, 390—392 (1959).

Siehe ds. Z. 49, 184.

**Théo Marti:** Réticulosarcome de l'épaule droite évoluant cliniquement sous la forme d'une périarthrite scapulo-humérale. Erreur de diagnostic et appréciation médico-légale. [Serv. Méd., Agence Princip., Genève.] Ann. Méd. lég. 39, 323—329 (1959).

**B. Ostertag:** Insulintodesfälle und Insulinschockfolgen. [Neuro-path. Abt., Univ.-Nervenklin., Tübingen (42. Tagg, Wien, 22.—26. IV. 1958).] Verh. dtsch. Ges. Path. 1959, 146—147.

Die morphologischen Befunde wurden teils an biotisch gewonnenem Hirnmaterial (Hirnpunkte oder Rindenexcisionen anlässlich einer Leukotomie) nach Insulinschock erhoben, teils auch am Sektionsmaterial nach Insulintodesfällen. Die Hirnveränderungen im Insulinschock werden sowohl auf vasomotorische Faktoren bezogen als auch auf Insulineinwirkungen, welche am Gefäßendothel zur Proliferation und auch zu dysorischen Vorgängen führen. So kommt es zu Ödemnekrosen, Entmarkungen, Gliaproliferation und Ganglienzellveränderungen. Bei den Insulintodesfällen fand sich an den inneren Organen eine allgemeine Glykogenverarmung, daneben eine als Gegenregulation und Anpassungsreaktion gedeutete Veränderung der endokrinen Organe (progressive Transformation der Nebenniere, Vermehrung der chromophoben Zellen im Hypophysenvorderlappen, Proliferation der A-Zellen im Pankreas, Inselzellnekrosen u.a.). Die Todesfälle traten bei solchen Pat. auf, die der 2. oder 3. Insulinschockbehandlung unterzogen worden waren.  
G. SEIFERT (Münster i. Westf.)<sup>oo</sup>

**L. Cote et P. Broussolle: Les incidences médico-légales des accidents de la cure de Sakel.** (Gerichtsmedizinische Überlegungen über Zwischenfälle bei der Kur nach Sakel.) [Soc. de Méd. lég. et de Criminol. de France, 13. X. u. 17. XI. 1958.] Ann. Méd. lég. 39, 239—249 (1959).

Nach kurzer Erörterung der klinischen Probleme der 1935 von dem Wiener MANFRED SAKEL eingeführten Insulinschocktherapie, werden die hierbei auftretenden Zwischenfälle besprochen. Die Mehrzahl dieser Zwischenfälle sind leichter Art, schwere Zwischenfälle sind selten. Sie äußern sich in: Herz- und Kreislaufkollaps, Glottiskrampf, Lungenödem usw. Neurologische Ausfälle wie Hemiplegie, Aphasie kommen sehr selten vor. Als Folge der Hypoglykämie können trotz Normalisierung der Zuckerwerte allgemeine oder lokalisierte Konvulsionen oder Rigidität vom Typ der Decerebration auftreten und unter diesen Zuständen kann es in einigen Tagen zum Tode kommen. Das pathologisch-anatomische Bild solcher Fälle zeigt keine spezifischen Veränderungen. Die Häufigkeit tödlicher Zwischenfälle der Schocktherapie nach SAKEL liegt zwischen 0,5—1,5%. Es wird nun der Fall eines 15jährigen Jungen beschrieben, der nach einem normal verlaufenden 2. Insulinschock in ein posthypoglykämisches Koma geriet und nach drei Tagen starb. Auch hier konnten keine spezifischen pathologisch-anatomischen Veränderungen gefunden werden. Es bestand lediglich ein erhebliches Lungenödem, Hyperämie aller inneren Organe, Größe und Schwere des Gehirns mit Ödem der weißen Substanz. Auch die histologisch faßbaren Veränderungen waren uncharakteristisch. — Es folgt eine ausführliche Besprechung der gerichtsmedizinischen Probleme, die sich bei Durchführung der Kur ergeben, sowohl hinsichtlich allgemeiner, das ärztliche Handeln bestimmender französischer Gesetze als auch hinsichtlich der Indikation, der Gegenindikationen, der Technik und schließlich der Überwachung während der Kur. Nach eingehender Erörterung der Frage wer die Erlaubnis zur Durchführung derartiger Behandlungsmethoden erteilen kann, kommen die Verf. zu folgenden Schlüssen: Die Kur nach SAKEL ist eine übliche Behandlungsmethode mit gewissen Gefahren, wobei tödliche Zwischenfälle etwa in 1% vorkommen. Unter diesen Gefahren bedeutet das posthypoglykämische Koma das größte Risiko und es ist praktisch unmöglich die Eventualität dieses Zwischenfalles im Einzelfall vorauszusehen. Unerläßliche Voraussetzungen einer Schocktherapie sind jedoch Beachtung der Kontraindikationen, Anwendung einer erprobten Methode und genaueste Überwachung des Patienten während der ganzen Dauer der Hypoglykämie.

MARESC (Graz)

**F. Schleyer: Grundsätze der straf- und zivilrechtlichen Haftung des Arztes.** Neue Z. ärztl. Fortbild., N.F. 2, 422—430 (1959).

Vollständiger, gut zu lesender Überblick über die einschlägigen Verhältnisse nach Maßgabe des gegenwärtigen Standes der Auffassungen. Es handelt sich um einen Vortrag, vor dem Ärzteverein Duisburg. Die Ausführungen schließen mit der Feststellung des Reichsgerichts, daß der Arzt keine Maschine sei und mit dem Hinweis darauf, daß der Kläger die Beweislast hat, daß also der klagende Patient das Versehen des Arztes und den Kausalzusammenhang beweisen muß.

B. MUELLER (Heidelberg)

**A. Hafferburg: Der Begriff der Fahrlässigkeit im Zivilrecht.** Neue jur. Wschr. A 12, 1398—1402 (1959).

Der Verf. wendet sich gegen die unterschiedliche Auslegung des Fahrlässigkeitsbegriffes im Zivilrecht, Arbeitsrecht und Strafrecht und führt vor allem aus, daß die Objektivierung dieses Begriffes im Zivilrecht zu weitgehend ist. Er legt dar, daß nicht jeder, der sich in einer Lage befindet, der er (subjektiv) nicht mehr gewachsen ist, in diese Situation aus freiem Willensentschluß geraten ist oder sich ihr ohne allzu große Nachteile entziehen kann. Verf. vertritt daher die Auffassung, daß die Fälle (insbesondere bei Kunstfehlern von Ärzten), bei denen die Berücksichtigung subjektiver Momente bei der Prüfung der Fahrlässigkeitsfrage nicht zu umgehen ist, auch im Zivilrecht nicht selten sind, wobei es aber jeweils Sache des Beklagten sei, seinerseits diese besonderen subjektiven Momente darzulegen und zu beweisen.

GÜNTHER BRÜCKNER (Heidelberg)

**BGB §§ 839, 276, 328 (Vertragshaftung einer Universitätsklinik bei zur Begutachtung überwiesenen Patienten).** Zur Frage, ob der Träger einer Universitätsklinik nach den Grundsätzen der Vertragshaftung (§ 328 in Verb. mit § 278 BGB) für den Schaden einzustehen hat, der dadurch entstanden ist, daß Ärzte der Klinik einen von einer Ersatzkasse zur Begutachtung überwiesenen Patienten unzureichend unter-

sucht und später fehlerhaft behandelt haben. [BGH, Urt. v. 27. I. 1959—VI ZR 20/58 (Köln).] *Neue jur. Wschr. A* 12, 816 (1959).

Der Vertrauensarzt einer Krankenkasse hatte eine Patientin zur Beobachtung, Begutachtung und Behandlung auf Kosten einer Ersatzkasse in eine Universitätsnervenklinik eingeliefert. Der Vertrauensarzt legte Wert auf eine einwandfreie Diagnose, auf Feststellung der Möglichkeiten, wie der Patientin noch zu helfen sei, und auf nachfolgende entsprechende Behandlung. Die medizinischen Einzelheiten ergeben sich aus der Entscheidung nicht. Der BGH steht auf dem Standpunkt, daß auch in solchen Fällen, die zunächst nur eine Begutachtung und erst sekundär eine Behandlung zum Ziel haben, ein Vertrag zwischen der Patientin und dem Träger der Universitätsnervenklinik, also dem Staat abgeschlossen wird. Die Haftpflicht ist hier die gleiche wie bei reinen Behandlungsfällen. Haftpflichtig ist also zunächst der Staat. Eine Zäsur zwischen der stationären Beobachtung und Begutachtung und der nachfolgenden ambulanten Behandlung wird abgelehnt.

B. MUELLER (Heidelberg)

**BGB §§ 459ff. (Arztpraxis, Tausch).** Zur Frage der Mängelhaftung beim Tausch einer fachärztlichen Praxis. [BGH, Urt. v. 9. 6. 1959; VIII ZR 107/58 (Karlsruhe).] *Neue jur. Wschr. A* 12, 1584—1586 (1959).

§ 459 BGB setzt bei Kauf oder Tausch für die Haftung einen *erheblichen* Mangel voraus („Eine unerhebliche Minderung . . . kommt nicht in Betracht“). Beim Erwerb einer Fachpraxis (hier: Tausch zweier HNO-Praxen) mit Belegbetten im Krankenhaus stellen nicht unüberbrückbare Schwierigkeiten bei der Durchführung von Operationen rechtlich *keinen* erheblichen Mangel dar, besonders dann nicht, wenn die Schwierigkeiten in absehbarer Zeit behoben werden; insoweit kommt es auch nicht auf den Zeitpunkt der Gefahr (Praxisübergabe) an. — Bei einer wechselseitigen Vertretung *vor* Vertragsabschluß muß angenommen werden, daß der Partner sich über die Bedingungen der angestrebten Praxis, also auch die Operationsmöglichkeiten, hinreichend informiert; unterläßt er es, so kann grobe Fahrlässigkeit gemäß § 460 BGB angenommen werden, die zum Ausschluß der Mängelhaftung führt.

V. KARGER (Kiel)

**Ed. Gubler: Gesundheitserei und Kultusfreiheit. Abgrenzung zwischen Heilkätigkeit und gottesdienstlicher Handlung.** Schweiz. med. Wschr. 89, 1140—1141 (1959).

G. Marrubini e U. Marzuoli: *Sulla personalità psichica dei „guaritori“ nel giudizio medico legale.* (Über die Persönlichkeit der sog. Scharlatan-Heilkundigen unter besonderer Berücksichtigung gerichtsmedizinischer Aspekte.) [Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Milano.] *Riv. sper. Freniat.* 83, 523—537 (1959).

Es wird an Hand der Literatur darauf hingewiesen, daß die meisten der hier in Frage kommenden, vorwiegend aus einem Geltungsbedürfnis heraus, zu dieser Art von Berufsausübung gekommen sind. Verff. berichten über eine 21jährige, die ebenfalls als geltungssüchtige Psychopathin angesprochen werden kann und die mit der Schulmedizin insofern eine kurze Berührung hatte, als ihr von einem Chirurgen als technische Hilfskraft eine gute Handfertigkeit bescheinigt wurde. Hierdurch angestachelt, setzte sie laienhafte Heilmaßnahmen aus eigener Initiative fort, die aber jeglicher ernsthafter Grundlagen entbehrten.

H. J. WAGNER (Mainz)

**Ges. über d. berufsmäßige Ausübung d. Heilkunde ohne Bestallung.** (HeilpraktikerG-HPG) v. 17. 2. 1939 (RGBl. I 251) § 1 Abs. 2; 1. DVO z. HeilpraktikerG v. 18. 2. 1931 (RGBl. I 259) § 2 Abs. 1 Buchst. b und f (Erlaubnispflicht für operative Eingriffe zu kosmetischen Zwecken). — a) § 1 Abs. 2 HeilpraktikerG umfaßt auch operative Eingriffe zu kosmetischen Zwecken. — b) Zum Begriff der sittlichen Zuverlässigkeit. [BVerwG, Urt. v. 14. X. 1958—BVerwG I C 25/56 (Münster).] *Neue jur. Wschr. A* 12, 833—834 (1959).

Ein Kosmetiker verlängerte oder verkürzte kleine oder große Nasen; er beseitigte Höcker- oder Sattelnasen; er beschäftigte sich auch mit sog. Brustplastiken. Dazu mußte das Gewebe vom Knochen und von der Knochenhaut mit Messern abgelöst werden. Der Wortlaut des Heilpraktikergesetzes verbietet zwar nicht die Vornahme von kosmetischen Prozeduren durch Nicht-ärzte. Das Bundesverwaltungsgericht ist jedoch der Auffassung, daß es sich hier nicht um eine rein kosmetische Tätigkeit handelt, sondern um eine solche, die laut Heilpraktikergesetz nur mit besonderer Erlaubnis ausgeübt werden kann (§ 1 Abs. 2 des Gesetzes); sie ist nicht allein

dem Arzt vorbehalten, sondern kann auch vom zugelassenen Heilpraktiker durchgeführt werden. Nun hatte aber die Vorinstanz die Erlaubnis zu diesen Operationen dem Kosmetiker deshalb versagt, weil ihm die *sittliche Zuverlässigkeit* fehle. Diese sittliche Unzuverlässigkeit sah die Vorinstanz in einer schwerwiegenden Mißachtung der rechtsstaatlichen Ordnung. Der Kosmetiker war den ergangenen Verfügungen nicht gefolgt. Das Bundesverwaltungsgericht sieht jedoch in dieser Auffassung eine Überspannung des Begriffes der sittlichen Zuverlässigkeit. Bei zweifelhafter Rechtslage steht es einem Staatsbürger frei, solange an seiner Tätigkeit festzuhalten, bis eine endgültige Entscheidung erfolgt ist.

B. MUELLER (Heidelberg)

**G. Herold: Strafrechtliche Bewertung des ärztlichen Heileingriffes.** Med. Klin. 54, 1936—1937 (1959).

**W. Hallermann: Operationsrecht und ärztlicher Kunstfehler.** [22. Tagg, Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Vers., Versorg.- u. Verkehrsmed., Kiel, 22.—23. V. 1958.] Hefte Unfallheilk. H 60, 27—32 (1959).

Nach wie vor ergibt sich aus dem StGB, daß jeder ärztliche Eingriff den Tatbestand der Körperverletzung erfüllt, wenn auch zu hoffen ist, daß die Strafrechtsreform dem ärztlichen Eingriff zu Heilzwecken dieses Odium nimmt. Der Straftatbestand wird begrenzt durch die Einwilligung des auf Grund genügender Aufklärung, Fähigkeiten und Reife dazu in die Lage versetzten Patienten, soweit der Eingriff nicht gegen die guten Sitten verstößt (Interruptio, Sterilisation) und die anerkannten Regeln ärztlicher Kunst nicht verletzt werden. Stets hält der Gesetzgeber die Selbstbestimmung des Pat. über seinen Körper für ein höheres Rechtsgut als die Bewahrung der Gesundheit. Eine Ausnahme bildet der bewußtlose Selbstmörder, wo das Sittengesetz, das Hilfe gebietet, den Vorrang vor dem durchaus zweifelhaft gewordenen Willen des Pat. hat. — Bei Kindern kann das Sorge- und damit das Bestimmungsrecht vorübergehend entfallen, wenn dieses falsch oder zum Schaden des Kindes gebraucht wird; hier liegt die Entscheidung dann beim Vormundschaftsgericht, dessen Anrufung jüngst im Falle eines Kindes mit schweren Brandwunden, die von den Eltern — Zeugen Jehovas — verweigerte Bluttransfusion ermöglicht hat. — Besondere Schwierigkeiten bietet die Behandlung entmündigter Geisteskranker. Hier wünschte man sich allgemein die Regelung des Bayer. Gesetzes über die Verwahrung Geisteskranker vom 30. 4. 1952, wo es in § 6 heißt: „Die in einer Heil- und Pflegeanstalt . . . verwahrten oder dort untergebrachten Personen unterliegen dort der nach den Regeln der ärztlichen Kunst gebotenen und zulässigen Behandlung.“ — Die Aufklärungspflicht über Operationsanlaß und -risiko hat nur wirklich typische Komplikationen (nach PERRET in mehr als 1 % der Fälle auftretende) zu berücksichtigen und hat ihre Grenze da, wo eine weitere Einweisung gesundheits-schädigend wirken würde. Über die Aufklärungspflicht hinaus, auch wo sie gesetzlich nicht verlangt würde, sollte der geplante Eingriff im Sinne einer „psychischen Prämedikation“ mit dem Pat. eingehend besprochen werden. Damit wird die Erwartungsangst gemildert, die nach Ansicht des Verf. immer wieder Todesopfer durch akutes Herzversagen im Anfangsstadium der Narkose fordert. — Zu den Pflichten des Arztes gehört nicht zuletzt das Handeln nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst. Kunstfehler entstehen meist durch Verwechslungen oder durch Unterlassungen notwendiger und belangvoller Kontrollen. Bei ihrer Beurteilung wird das Gericht von den Fähigkeiten eines gewissenhaften Durchschnittsarztes ausgehen, wobei es sich vor allem fragen wird, ob der Arzt den Fall überhaupt hat übernehmen dürfen und ob er ihn rechtzeitig in ein Krankenhaus eingewiesen hat. Ferner wird die Ursache des ärztlichen Tuns oder Unterlassens eine Rolle spielen, d. h. ob fahrlässig gehandelt wurde und ob der Schaden voraussehbar war. „Mit anderen Worten: Schuldhaftes Handeln des Arztes mit zivilrechtlichen und strafrechtlichen Folgen liegt dann vor, wenn er die Sorgfalt außer acht läßt, die ganz allgemein für jeden Menschen in seinem Berufsbereich für den Mitmenschen geboten, aber auch zumutbar erscheint.“

V. ANDRIAN-WERBURG (Hamburg)<sup>oo</sup>

**M. Kohlhaas: Zur Fahrlässigkeit des operierenden Arztes, der Fehler des Operationspersonals nicht beachtet.** Dtsch. med. Wschr. 84, 1491—1494 (1959).

Ein angesehener Chirurg führte eine kosmetische Operation als Gastarzt an einem Belegkrankenhaus durch, an dessen Organisation nichts zu bemängeln war. Dabei unterließ es ihm, daß er einer Patientin eine Spritze verabreichte, die zu  $\frac{2}{3}$  mit der auch sonst benutzten Novocain-Suprarenin-Lösung, zu  $\frac{1}{3}$  aber mit Zephirel gefüllt war. Diese Spritze hatte ihm die assistierende Schwester gereicht, die auch sonst den gleichen Dienst verrichtete. Der Arzt ist wegen fahr-

lässiger Tötung verurteilt worden, nachdem die Patientin infolge dieser Injektion verstorben war (s. d. Z. 46, 687 1958/59). Verf. geht davon aus, daß dieses Urteil erheblicher Kritik von seiten der Ärzteschaft, insbesondere von seiten der Chirurgen ausgesetzt war. Die Rede war von einer Überforderung des Chirurgen; er muß sich in erster Linie auf die Operation konzentrieren. Voll ausgebildetes Hilfspersonal müsse eigene Verantwortung tragen und ist für etwaige Versehen allein verantwortlich. Verf. macht jedoch geltend, daß nach den Feststellungen des BGH der operierende Arzt wußte, daß auf dem Nahttisch nebeneinander eine Novocain-Suprarenin-Lösung und eine Zephirol-Lösung standen. Beide Flaschen und Beschriftungen waren ähnlich. Dem Chirurgen war dies seit langem bewußt gewesen, und der BGH wirft ihm vor, daß er keinerlei Anstalten für eine Abhilfe getroffen hat. Verf. warnt davor, auch sonst Auffassungen des BGH zu bagatellisieren. Er erinnert daran, daß der Krankenhausarzt verpflichtet ist, sich zu vergewissern, daß die zuständige Schwester seine Anordnungen auch verstanden hat (Urteil des BGH St 3, 94, nach welcher eine Schwester einem Patienten bei einer Wurmkur infolge eines Versehens bei der Übermittlung der Weisung des Arztes die 10fache Dosis in das Duodenum gespritzt hatte). Kein Gericht wird vom Arzt verlangen, daß er von der Apotheke verabfolgte Arzneimischungen womöglich noch einmal analysiert (dazu ist er gar nicht im Stande, Ref.), es wird aber von ihm verlangt (BGH St 6, 284), daß er sich davon überzeugt, daß ihm die überreichte aufgezugene Spritze den richtigen Inhalt hat, etwa so, daß er sich die noch beschriftete Ampulle vorzeigen läßt. In einem solchen Fall ist ein Arzt verurteilt worden, weil er — obwohl ihm die Schwester die Ampulle vorgezeigt hatte — das Etikett gar nicht gelesen hatte. In einem weiteren Falle (zitiert BGH bei LINDENMAIER-MÖHRING StGB 222 Nr. 30) war ein Gynäkologe, der gleichfalls als Gastarzt operierte, verurteilt worden, weil er die Operationsschwester nicht ausdrücklich gefragt hatte, ob die Instrumente nach der Operation vollständig da gewesen seien. Ein Haken war in der Bauchhöhle zurückgeblieben. Es hatte sich hier um eine ungeschulte Schwester gehandelt, der man diese Meldung nicht ohne weiteres zumuten konnte. Anders hätten die Verhältnisse gelegen, so deutet Verf. an, wenn eine geschulte Schwester etwa eine unrichtige Meldung erstattet hätte.

B. MUELLER (Heidelberg)

#### G. Schulz: Operation von Minderjährigen. Med. Klin. 54, 1440 (1959).

Hinweis auf das Urteil des BGH vom 5. 12. 58 VI ZR 266/57 — NJW 1959 S. 811, wonach die Zustimmung von Minderjährigen zur Operation dann rechtsgültig sein kann, wenn sich der betreffende Patient kurz vor dem 21. Lebensjahr befand. Voraussetzung ist, daß es nicht möglich war oder große Schwierigkeiten machte, die Einwilligung der Erziehungsberechtigten einzuholen (die Begründung zum Urteil ist so vorsichtig und zurückhaltend, daß die Ärzte gut tun, aus dem Urteil keine allzu weitgehenden Folgerungen zu ziehen, Ref.).

B. MUELLER (Heidelberg)

**BGB §§ 107, 1626 (Operation, Einwilligung eines Minderjährigen).** a) Die Einwilligung eines Minderjährigen zu einem Eingriff in seine körperliche Unversehrtheit (Operation) ist rechtswirksam, wenn der Minderjährige nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung zu ermessen vermag. — b) Das elterliche Recht der Personensorge steht der Einwilligung jedenfalls dann nichts entgegen, wenn die elterliche Zustimmung aus besonderen Gründen nicht zu erlangen ist. [BGH, Urte. v. 5. XII. 1958; VI ZR 266/57 (Hamm).] Neue jur. Wschr. A 12, 811 (1959).

Ein 19jähriger Patient begab sich wegen einer Schilddrüsenerkrankung in Privatbehandlung eines Arztes, der ihn nach der Untersuchung in das von ihm geleitete Krankenhaus einwies und operierte. Der Patient hatte den Arzt darum gebeten, davon abzusehen, die Eltern um Einwilligung zu bitten, da sie in der Sowjetzone lebten und unter Umständen Belästigungen ausgesetzt seien, wenn man dort erfahre, daß er in die Bundesrepublik geflüchtet sei. Da der Operierte sich nachher nicht wohl fühlte (Einzelheiten werden nicht erwähnt), verlangte er durch eine Klage vom Arzt den Ersatz eines Vermögensschadens im Betrage von 7088,— DM und die Zahlung eines Schmerzensgeldes. Er warf dem Arzt Fahrlässigkeit bei Durchführung der Operation vor und wandte weiterhin ein, die Operation sei schon deshalb rechtswidrig, weil seine Eltern die Zustimmung nicht gegeben hätten. Der BGH stellte sich jedoch auf den Standpunkt, daß ein Minderjähriger von 19 Jahren, der über die notwendige und sittliche Reife verfüge und die Tragweite des Eingriffs ermessen könne, dann zur Einwilligung berechtigt sei, wenn es Schwierigkeiten mache, die Eltern darum zu ersuchen, wie auch in diesem Falle.

B. MUELLER (Heidelberg)

# **Operationszwang (Operationsduldungspflicht)?** Dtsch. med. Wschr. 84, 1241—1242 (1959).

Der Schriftleiter der Rubrik „Arzt und Recht“ Rechtsanwalt Dr. SCHMELCHER, Karlsruhe, Virchowstr. 12, stellt sich unter Berücksichtigung der vorliegenden Entscheidungen und des Schrifttums auf den Standpunkt, daß die Lumbalpunktion nicht zu den duldungspflichtigen Eingriffen gehört, weder im Strafrecht, noch im Zivilrecht, noch im Recht der Sozialversicherung. Wenn jemand den Eingriff verweigert, sind die entscheidenden Instanzen nicht berechtigt, aus dem Fehlen eines Liquorbefundes nachteilige Folgerungen zu ziehen. B. MUELLER (Heidelberg)

**BGB §§ 276, 823 (Aufklärungspflicht des Arztes bei Krebs).** Auch bei Krebserkrankungen ist der Arzt in der Regel nicht davon befreit, den Patienten über die besonderen Gefahren einer Strahlenbehandlung aufzuklären. [BGH, Ur. v. 16. I. 1959; VI ZR 179/57 (Düsseldorf).] Neue jur. Wschr. A 12, 814—815 (1959).

Die vorliegende Entscheidung hat in Ärztekreisen eine gewisse Beunruhigung hervorgerufen. Eine krebskranke Patientin war bestrahlt worden, die Bestrahlung hatte zu Schäden der Niere und der Blase geführt, die in der Entscheidung nicht näher erörtert werden. Auch sonst ist es nicht recht möglich, die medizinischen Zusammenhänge dem Wortlaut der Entscheidung zu entnehmen. Der Senat stellt sich auf den Standpunkt, daß ein ärztlicher Eingriff (und auch die Bestrahlung gilt als solcher) nur dann nicht rechtswidrig ist, wenn der Kranke zustimmt und vorher über etwaige nachteilige Folgen der Behandlung oder des Eingriffs aufgeklärt worden ist. Nur wenn dies geschehen ist, ist der Arzt von der Haftpflicht für etwaige schädliche Folgen befreit. Auch wenn ein nichtzuoperierender Krebs eine Bestrahlung erforderlich macht, muß der Kranke auf etwaige Nachteile aufmerksam gemacht werden, selbst wenn er auf diese Weise bis zu einem gewissen Grade beunruhigt wird. Es ist nicht notwendig, daß der Arzt dem Kranken „die nackte Krebsdiagnose“ mitteilt, er kann die Mitteilung in schonende Formen einkleiden. Er kann auch den Umweg gehen, daß er durch Unterredung mit den Angehörigen den mutmaßlichen Willen des Kranken feststellt. Es geht aber nicht an, so meint der BGH, daß nach dieser Richtung hin, überhaupt nichts geschieht. Allein daraus, daß sich der Kranke die Behandlung ohne Widersprüche gefallen läßt, ist nicht auf Einwilligung zu schließen. B. MUELLER (Heidelberg)

**Fr. Mainzer: „Plazebo“-Wirkung chirurgischer Eingriffe.** [Swiss Hosp., Alexandrien.] Münch. med. Wschr. 101, 1572—1575 (1959).

An Hand von drei Beobachtungen wird aufgezeigt, daß chirurgische Eingriffe *allein* durch „Plazebo“-Wirkung erfolgreich sein können. Gemeint sind hiermit chirurgische Eingriffe — Scheinoperationen oder auch aus irrtümlicher Indikation vorgenommene Eingriffe —, welche vom Standpunkt der physischen Therapie aus gesehen, belanglos sind, jedoch eine zeitlich beschränkte symptomatische Heilung (Suggestivheilwirkung) bewirken. Im ersten mitgeteilten Fall handelt es sich um einen Psychopathen. Ein 35 Jahre alter Gärtner klagte über brennende Schmerzen auf dem rechten Handrücken. Die mehrfachen Scheinoperationen zur Entfernung eines angeblich bei einem Unfall zurückgebliebenen Dornes hatten einen ausgezeichneten, jedoch nur zeitlich begrenzten Erfolg. Die zweite Beobachtung betrifft eine 55jährige psychisch völlig ausgeglichene Frau, welche appendektomiert wurde und hiernach ein Jahr beschwerdefrei wurde. Erst dann traten die bereits vorher bestehenden kreislaufbedingten Ménièreschen Anfälle (Drehschwindel, Erbrechen, Harnflut) wieder auf. Im letzten berichteten Fall wurde ein ebenfalls psychisch ausgeglichener 66jähriger Patient cholecystektomiert, obwohl eine Spondylarthritits der Halswirbelsäule mit typischen Ménière-Anfällen (Barré-Liéou-Syndrom) ursächlich bestand. Beschwerdefreiheit nach der Operation hielt drei Monate an. Verf. meint abschließend, daß bei einer beträchtlichen Anzahl vorgenommener Operationen aus zweifelhafter Indikation, insbesondere bei sog. chronischer Appendizitis, ein günstiges Ergebnis — wenn auch nur von beschränkter Dauer — wesentlich durch einen „Plazebo“-Effekt erzielt wird. E. STICHOOTH (Berlin)

**Ablehnung einer Behandlung.** Antwort von R. Berensmann u. H. Göbbels. Medizinische 1959, 1220, 1226.

Nach Meinung von BERENSMANN, der geschäftsführender Arzt einer Bezirksärztekammer ist, ist der Kassenarzt nicht verpflichtet, die Behandlung jedes Kassenpatienten zu übernehmen, es sei denn, daß er Bereitschaftsarzt ist. GÖBBELS stellt sich auf einen nur unwesentlich abweichenden Standpunkt; nach seiner Meinung muß der Kassenarzt, der mit der Kasse gewissermaßen einen Vertrag abgeschlossen hat, den Kassenpatienten grundsätzlich annehmen, nur bei beson-

deren Umständen, bei offener Überlastung oder bei persönlichen Differenzen oder ähnlichen Gründen, oder auch wenn seine Einrichtungen zur Behandlung nicht ausreichen, wird er die Behandlung verweigern können.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Bengt Lindegård: Krankenpflege und Schweigepflicht.** Svenska Läk.-Tidn. 56, 2233—2246 (1959).

Zusammenstellung der schwedischen gesetzlichen Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht, die sich nicht wesentlich von den deutschen Gepflogenheiten unterscheidet. Einige Punkte werden besonders diskutiert: Die Einsichtnahme in das eigene Krankenblatt *kann* dem Patienten verweigert werden. Über die Herausgabe des Krankenblattes hat die Krankenhausdirektion zu entscheiden, sie kann dies aber auch der Medizinalverwaltung (Reichsgesundheitsamt) oder den König tun lassen. — Ärzte, Hebammen und ihre Helfer sind verpflichtet vor Gericht auszusagen, wenn es sich um eine Straftat handelt, die mit mindestens 2 Jahren Strafarbeit (Zuchthaus) geahndet wird. Die Schweigepflicht entfällt also in diesem Falle. — Erhält ein Arzt in Ausübung seines Berufes Kenntnis davon, daß jemand Alkohol mißbraucht, hat er dies der Überwachungsbehörde der Alkoholiker mitzuteilen. Ausnahmen: Wenn der Arzt selbst die Behandlung durchführen oder durchführen lassen kann; wenn eine dem Alkoholiker nahestehende Person den ausdrücklichen Wunsch vorbringt, die Meldung nicht vorzunehmen und der Arzt dies unter Berücksichtigung der Umstände nicht für erforderlich hält. — Bisher besteht keine Verpflichtung für den Arzt, der zuständigen Behörde zu melden, wenn ein Führerscheininhaber auf Grund einer Krankheit usw. nicht als fahrtüchtig angesehen werden kann. Von der Medizinalverwaltung ist dies aber empfohlen worden.

G. E. VOIGT (Lund)

**G. Herold: Hat auch der Minderjährige Anspruch auf die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht?** Med. Klin. 54, 1883—1885 (1959).

Ist ein Minderjähriger soweit entwickelt, daß er die Tätigkeit des helfenden Arztes beurteilen kann, so steht ihm nach Auffassung des Verf. Persönlichkeitsrecht zu und damit auch das Recht der Geheimhaltung u. U. auch gegenüber dem Erziehungsberechtigten. Dies ist z. B. der Fall, wenn ein Jugendlicher sich bei chemischen Experimenten, die entgegen dem Verbot des Vaters durchgeführt wurden, Ätzwunden zugezogen hat und den Arzt bittet, dies seinem Vater nicht mitzuteilen. Wird aber z. B. bei einem Oberschüler von 18 Jahren eine offene Tuberkulose diagnostiziert, so wird der Arzt auch gegen den Wunsch des Patienten verpflichtet sein, dies dem Vater mitzuteilen, sei es auf Grund einer sittlichen Pflicht, sei es in Erfüllung einer Bestimmung des Tuberkulosegesetzes. Bezüglich der Entbindung des Arztes von der Schweigepflicht gelten nach Meinung des Verf. die Vorschriften über den Strafantrag. Strafantrag bei Minderjährigen kann nur der Erziehungsberechtigte stellen, er ist daher auch berechtigt, den Arzt von der Schweigepflicht gegenüber Dritten zu entbinden; doch geht seine Berechtigung nicht so weit, den Arzt zu zwingen, ihm, dem Erziehungsberechtigten, die am Minderjährigen erhobenen Befunde mitzuteilen, wenn ein willensfähiger Minderjähriger dies nicht will und für den Arzt eine sittliche Pflicht zur Offenbarung nicht besteht.

B. MUELLER (Heidelberg)

**G. Schulz: Zur Schweigepflicht des Werkarztes.** Med. Klin. 54, 1885—1886 (1959).

Für den Werkarzt besteht grundsätzlich Schweigepflicht, so stellt Verf. fest. Anders liegen die Verhältnisse bei Einstellungsuntersuchungen, hier muß der Arbeitnehmer wissen, daß die Werkleitung Kenntnis von den Befunden erhält. Ein Werkarzt hatte auf Veranlassung des Hausarztes einen Arbeitnehmer untersucht und zwar daraufhin, ob ein Arbeitsplatzwechsel indiziert sei. Der Werkarzt hatte sein Gutachten, ohne die Zustimmung des Untersuchten einzuholen, der Werkleitung weitergereicht. Der Untersuchte erstattete Strafanzeige, drang aber auch im Klageerzwingungsverfahren beim OLG Braunschweig nicht durch: „Diese Aufgaben (Beratung der Werkleitung in allen Fragen der Betreuung der Werksangehörigen) kann der Werkarzt nur erfüllen“, so heißt es in dem Beschluß vom 1. 3. 53, „wenn er der Werkleitung bestimmte Angaben über den Gesundheitszustand der Werksangehörigen macht. Das weiß auch der Arbeitnehmer. Deshalb muß man annehmen, daß letzterer damit einverstanden ist, daß der Werkarzt das Ergebnis der Untersuchung der Werkleitung mitteilt, wenn es sich um die Frage der Betreuung bei der Arbeit und für die Arbeit handelt. Will der Arbeitnehmer eine solche Betreuung nicht, dann muß er es ablehnen, daß der Werkarzt zwecks Beratung der Werkleitung eingeschaltet wird“. Verf. wendet sich gegen diese Auffassung des OLG, sie sei zu weitgehend. Grundsätzlich gelte die Schweigepflicht, und gerade in diesem Falle hätte der Patient gefragt werden müssen, ob er mit der Weiterleitung des Befundes an die Werkleitung einverstanden sei.

B. MUELLER (Heidelberg)

**W. Schilling: Ärztliche Schweigepflicht und Fehlgeburtenproblem.** [Gynäkol.-geburtshilf. Abt., Bergarb.-Krankenh., Stollberg i. Erzg.] Z. ärztl. Fortbild. 53, 800—803 (1959).

In der DDR scheinen die Bestimmungen über die Meldepflicht des Arztes strenger gehandhabt zu werden als in der Bundesrepublik, in welcher einige Meldebestimmungen beseitigt wurden, da sie geeignet waren, den Krankenhausarzt in eine Gewissenskollision zu bringen. In der DDR schreibt die Meldeordnung dem Krankenhausarzt vor, die Einlieferung von Patienten anzuzeigen, bei denen ein Verdacht auf eine vorangegangene strafbare Handlung besteht. Dies würde auf den Krankenhausgynäkologen dann zutreffen, wenn er Verdacht oder womöglich die Gewißheit hat, daß einem eingelieferten Abort eine Abtreibung vorangegangen ist. Auch der Arzt, der die Leichenschau vornimmt (dies ist — soweit bekannt — in der DDR im allgemeinen der behandelnde Arzt), hat die Verpflichtung, die Volkspolizei zu benachrichtigen, wenn Verdacht auf einen nicht-natürlichen Tod besteht. Zusätzlich muß nach Verfügungen des Ministeriums für das Gesundheitswesen jeder Todesfall einer Schwangeren, Kreißenden oder Wöchnerin dem Kreisarzt gemeldet werden. Auch die fieberhafte Fehlgeburt muß lt. Gesetz dem Kreisarzt mitgeteilt werden. Nach den Ausführungen des Verf. kann der Krankenhausgynäkologe bei strikter Innehaltung dieser Bestimmungen in schwere Gewissenskonflikte kommen. Nach seiner Meinung könnte eine Erleichterung so herbeigeführt werden, daß die Notwendigkeit einer Meldung an die Volkspolizei entfällt und daß nur der Kreisarzt benachrichtigt zu werden braucht. Als Mittler zwischen Arzt und Behörde würde es seiner Entscheidung überlassen bleiben, ob er die vom Krankenhausarzt erhaltene Meldung an die zuständige Behörde weitergibt. B. MUELLER (Heidelberg)

**StPO §§ 53 a Abs. 1, 53 Abs. 1 Ziff. 2, 70 Abs. 1 und 3; StGB § 59 (Schweigepflicht ärztlicher Gehilfen).** a) Auch der Name eines Patienten kann zur ärztlichen Schweigepflicht gehören. — b) Die Geheimhaltung findet dort ihre Grenze, wo sie nicht mehr in dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Heilbedürftigem fußt, wo also z.B. die ärztliche Vertrauenssphäre zu strafbaren Handlungen mißbraucht wird oder nach den bisherigen Ermittlungen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit mißbraucht sein könnte. — c) Die in der Rechtsprechung zum Verbotsirrtum entwickelten Grundsätze sind bei dem Ordnungsstrafverfahren gegen einen Zeugen entsprechend anzuwenden. [LG Köln, Beschl. v. 2. 4. 1959—34 Qs 76/59.] Neue jur. Wschr. A 12, 1598—1599 (1959).

Wenn ein Patient oder eine Patientin einen Arzt aufsucht, so kann es durchaus sein, daß es ihrem Willen entspricht, daß schon allein die Tatsache des Besuches beim Arzt anderen nicht bekannt wird. Daher fällt nach Meinung des LG Köln grundsätzlich auch der Name eines Patienten, der den Arzt konsultiert hat, unter die Schweigepflicht. Im vorliegenden Falle lagen aber die Verhältnisse so, daß eine Patientin, die einen Gynäkologen konsultiert hatte, beim Verlassen der Ankleidekabine bemerkte, daß aus ihrer Handtasche Geld verschwunden war; sie verdächtigte eine andere Patientin, die sich in der Nachbarkabine entkleidet hatte, des Diebstahls. Der Gynäkologe verweigerte zunächst die Aussage, nachdem er sich mit seiner Ärztekammer in Verbindung gesetzt hatte, späterhin sagte er aus, teilte aber mit, daß er sich auf den Namen der betreffenden Patientin nicht besinnen könne. Nunmehr wurde die Sprechstundenhilfe zum Richter vorgeladen. Sie verweigerte die Aussage als Gehilfin eines Arztes gemäß § 53 StPO. Sie erhielt eine Ordnungsstrafe in Geld und legte gegen die Verhängung der Strafe Beschwerde beim LG ein. Das LG hob die Ordnungsstrafe auf, weil sich die Sprechstundenhilfe in einem entschuldbaren Rechtsirrtum befunden hatte. Es stellte aber fest, daß der Name einer Patientin, die in den Räumen des Arztes, den sie konsultiert, strafbare Handlungen durchführt, nicht unter das Berufsgeheimnis des Arztes fällt. Das Berufsgeheimnis schützt nur die Vertrauenssphäre zwischen Arzt und Patient; es darf aber nicht dazu dienen, daß unter Berufung auf die Schweigepflicht strafbare Handlungen gedeckt werden. In diesem Falle — so stellt das LG fest — fällt der Name der Patientin nicht unter das Berufsgeheimnis. B. MUELLER (Heidelberg)

**ZuSgebO § 3 (Auseinandersetzung mit wissenschaftlicher Lehre).** Die Zubilligung des Höchststundensatzes setzt nicht voraus, daß der Sachverständige in eine tiefgreifende Darlegung und Erörterung der den wissenschaftlichen Meinungen zugrunde liegenden Einzelerkenntnisse und -argumente einzutreten hätte. Es genügt vielmehr,

daß er sich zur Begründung seiner eigenen (nicht notwendig neuen) Meinung in der wissenschaftlichen Literatur über fremde (nicht notwendig gegensätzliche) Meinungen unterrichtet, sie mit gewisser Wertung, etwa nach der Autorität ihrer Vertreter, ihrer Beurteilung in Fachkreisen, dem Grad ihrer Erprobung u. dgl. in dem Gutachten anführt und so dessen Überzeugungskraft erhöht. [OLG Hamm, Beschl. v. 9. 4. 1959—3 Ws 601/58.] Neue jur. Wschr. A 12, 1602—1603 (1959).

**ZuSEntschG § 3 (Entschädigung für ärztliche Sachverständige).** Die Frage, ob ein ärztlicher Sachverständiger für ein schriftlich erstattetes Gutachten im Rahmen des § 3 ZuSEntschG nach einem einheitlichen Stundensatz liquidieren kann oder gezwungen ist, die für die Erstattung des Gutachtens verwendete Zeit zu unterteilen (Aktenstudium, Untersuchung, Gutachtenentwurf, Diktat), hängt von der Arbeitsmethode des Gutachters ab. Erstellt der ärztliche Sachverständige das Gutachten derart in einem Arbeitsgang, daß die qualifizierte wissenschaftliche Tätigkeit vom Aktenstudium bis zum Diktat währt, so ist er berechtigt, für das gesamte Gutachten eine Entschädigung nach einem einheitlichen Stundensatz zu begehren. (LSG Celle, Beschl. v. 24. II. 1959—L 14 Ko 652/56.) Neue jur. Wschr. A 12, 839—840 (1959).

Jeder medizinische Sachverständige ist grundsätzlich nach dem höheren Satz (bis zu 10 DM je Stunde) zu entschädigen, es bedarf (im Sozialgerichtsverfahren) immer besonderer fachlicher Kenntnisse. Das Gesetz enthält keine Vorschrift, daß der Sachverständige gezwungen sei, den Arbeitsvorgang der Gutachtererstattung zu unterteilen und nach verschiedenen Sätzen zu liquidieren. Beginnt er schon während des Aktenstudiums usw. mit der Ausarbeitung des Gutachtens, so ist die ganze Gutachtenleistung notwendig eine einheitliche. Selbst bei Unterteilungsmöglichkeit wäre es nicht gerechtfertigt, den Arbeitsgang in sich unterschiedlich zu bewerten. Sogar bei der Wiedergabe der eigenen Angaben des Untersuchten und des Akteninhalts kann die Tätigkeit eines Gutachters nicht als minderwertig angesehen werden. „Denn entscheidend bleibt auch hier der fortwährende Blick auf die Beurteilung selbst“, um so mehr, als für die richterliche Entscheidung bedeutsame Tatsachen erst dem Aktenstudium und der Untersuchung durch den Gutachter zu verdanken sein können. „Es ist daher zu billigen, wenn die Gutachter einen einheitlichen Stundensatz ansetzen. Dem Gericht ist es verwehrt, für die Gutachten bestimmte Arbeitsmethoden vorzuschreiben.“

SCHLEYER (Bonn)

### Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

● Georg Voluter: *The V-test.* (Radiol. Clin. Vol. 28. Suppl.) (Der V-Test.) Basel u. New York: S. Karger 1959. 32 S. u. 7 Abb. Geb. sfr. 4.50.

Die Sella turcica bei bis zur Unkenntlichkeit verstümmelten Leichen sollte zur Identifikation ausgenutzt werden. Durch die schützende Hülle der kugelförmig aufgebauten Schädelknochen würde die Sella turcica auch dann noch erkennbar sein, wenn durch Feuer, Explosion, Meerwasser, auch vorgeschrittenste Fäulnis alle anderen Merkmale nicht mehr verwertbar wären. Fünf spezielle individuelle Zeichen der Sella turcica werden angeführt: Form und Tiefe des Sellareliefs, der basilar-antérieure Winkel, Form und Abweichungen der Clinoidfortsätze einschließlich ihrer Variationen, besondere Merkmale der Ossifikation und Pneumatisation des Sellaknochengerüsts, Ausdehnung und Linearstruktur des Sinus sphenoidalis. Hierzu Profil-Röntgenaufnahme der zentralen Schädelbasis mit Einschluß des Türkensattels notwendig. Diese Aufnahme sollte bei allen besonderen Gefahren ausgesetzten Personen gemacht werden (Seeleute, Soldaten, Flieger, Bergleute, Taucher, Froschmänner), dann könnten bei späteren Unfällen sichere Identifikationen durchgeführt werden. Mit bemerkenswerter Gelassenheit wird gesagt, derartige prophylaktische Bestimmungen seien „besonders in Erwartung eines Atomkrieges“ notwendig: „Sie könnte in die Schutzmaßnahmen erfolgreich eingegliedert werden mit Hilfe eines zu gründenden Röntgen-anthropometrischen Katasters der Gesamtbevölkerung.“ Das Charles de Gaulle gewidmete Buch ist in englisch, französisch, deutsch, italienisch, spanisch geschrieben, demnach mehr Manifest als Monographie, wohl deshalb auch keine Angaben über praktische Erfahrungen.

H. KLEIN (Heidelberg)