

**Paul Kühling: Zur Kriminologie und strafrechtlichen Behandlung Heranwachsender.** Mschr. Krim. 42, 167—175 (1959).

KÜHLING berichtet über die Ergebnisse seiner Untersuchung an je 100 nach allgemeinem und Jugend-Strafrecht innerhalb eines nordwestdeutschen Amtsgerichtsbezirks in der Zeit vom 1. 10. 1953 bis 31. 12. 1955 verurteilten Heranwachsenden. Danach herrschte bei den Tätern, die durch günstige Merkmale (unter anderem sozial besser gestellter Beruf des Vaters!) auffielen, sowie vor Gericht einen günstigen Eindruck hinterließen, und bei Tätern, die Sittlichkeitsdelikte sowie Fahrraddiebstähle begingen, die Anwendung von Jugendstrafrecht vor. Durch ungünstige Merkmale auffällige Täter (z. B. schlechte häusliche Verhältnisse, zahlreiche Vortaten) und solche, die schwerere Vermögensdelikte, Verkehrsdelikte oder schwerere Delikte gegen Leben und Gesundheit begingen, wurden vorwiegend nach allgemeinem Strafrecht verurteilt. Bei unauffälligen Tätern wurde etwas häufiger allgemeines Strafrecht angewandt. — Der Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß die unterschiedliche Behandlung der Heranwachsenden recht problematisch ist. Die bedenklliche und sicher nicht dem Willen des Gesetzgebers entsprechende richterliche Praxis führt er darauf zurück, daß „die Maßstäbe, die dem Richter zur Prüfung in die Hand gegeben“ wurden, nicht „geeignet“ sind, „ihn die dem Willen des Gesetzgebers entsprechende Entscheidung treffen zu lassen“. GÜNTHER BRÜCKNER (Heidelberg)

**Arnold M. Rose and George H. Weber: Predicting the population in institutions for delinquent children and youth.** (Vorhersage über die Belegung von Einrichtungen für pflichtvergessene Kinder und Heranwachsende.) J. crim. Law Pol. Sci. 50, 124—131 (1959).

Dr. ROSE, Professor für Soziologie an der Universität Minnesota und Dr. WEBER vom Staff des U. S. Childrens Büro sind von der Youth Conservation Commission of Minnesota gefragt worden, mit wieviel straffällig werdenden Kindern („Children oder Juveniles“ von 12—18 Jahre) bzw. Heranwachsenden von 18—21 Jahre („Youth“) bis 1970 gerechnet werden muß, und wieviel Plätze in entsprechenden Anstalten benötigt werden, um vorausschauend planen zu können. Um diese Voraussage machen zu können, werden untersucht: Vorhersage der voraussichtlichen Bevölkerungsbewegung, Vorhersage der Anzahl der vermutlichen Verhaftungen, Vorhersage der Anzahl der Gerichtsfälle, Vorhersage der verschiedenen Verfügungen der Gerichte, Vorhersage der Verfügungen der Jugendgerichte, Länge des Aufenthaltes in einer Anstalt und die Wiederkehr. In der Zusammenfassung werden die entsprechenden Zahlen angegeben. Die Jugendlichen unter 18 Jahren werden in der Bevölkerung des betreffenden Staates bis 1970 um 50 % zunehmen, die Heranwachsenden um 31 %. Schon daraus ergibt sich, daß in der Zukunft mit viel mehr Plätzen in den betreffenden Anstalten gerechnet werden muß.

RUDOLF KOCH (Coburg)

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

● **Ernst-Walter Hanack: Die strafrechtliche Zulässigkeit künstlicher Unfruchtbarmachungen.** (Marburger rechts- u. staatswiss. Abh., Reihe A. Rechtswiss. Abh., Bd. 2.) Marburg: N. G. Elwert 1959. XLVII u. 340 S. DM 18.60.

Die vorliegende Arbeit, die das Problem der künstlichen Unfruchtbarmachung unter dem spezifischen Blickwinkel des Strafrechts betrachtet, entspricht sehr dem praktischen und wissenschaftlichen Bedürfnis, die im heutigen Deutschland bestehende Unsicherheit in der rechtlichen Behandlung unfruchtbarmachender Eingriffe klar zu legen. Dieses so wichtige Problem wird mit der Methodik des Rechts von einer spezifisch geisteswissenschaftlichen Grundhaltung aus untersucht und die Grenzen der Nutzbarmachung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse darin aufgezeigt. Die Arbeit, die sowohl für den Mediziner wie für den Juristen von großem Interesse ist, gibt Zeugnis von dem hohen sittlichen Ernst, dem Fleiße und der Gründlichkeit des Autors. Sie ist ausgezeichnet gegliedert und klar geschrieben. Es liegt ihr eine scharfe Auswahl des Schrifttums zugrunde, wobei jedoch die Werke von wesentlicher Bedeutung auch der neuesten Zeit Berücksichtigung fanden. Der erste Teil der Arbeit enthält die Einführung in das Problem und behandelt Begriffsformen und Auswirkungen der Unfruchtbarmachung sowie die Anwendungsmöglichkeiten der Unfruchtbarmachung wie 1. die Unfruchtbarmachung aus medizinischen

Gründen (zur Heilung einer bestehenden Krankheit d. h. medizinische Indikation im engeren Sinn, aus prophylaktischen Gründen d. h. medizinische Indikation im weiteren Sinne), 2. die Unfruchtbarmachung aus eugenischen Gründen, 3. die Unfruchtbarmachung aus sozialen Gründen, 4. die Unfruchtbarmachung aus kriminalpolitischen Gründen (zur Verhütung eines kriminellen Nachwuchses, zum Schutz vor dem Verbrecher selbst als Strafmaßnahme bzw. als Maßregel der Sicherung und Besserung bzw. auf freiwilliger Basis oder als Verwaltungsmaßnahme) und 5. die „Gefälligkeitssterilisation“. Ein eigener Abschnitt ist der Unfruchtbarmachung in der Geschichte und im geltenden Recht des Auslandes sowie der Geschichte der modernen Unfruchtbarmachung in Europa vorwiegend in Deutschland mit Erläuterung der Gesetze bis zum Jahre 1933, der Gesetze des Nationalsozialismus und der Gesetze nach dem Zusammenbruch gewidmet. Der zweite Teil der Arbeit beinhaltet den heutigen Rechtszustand in der Bundesrepublik mit den Folgerungen aus seit dem Zusammenbruch ergangenen gesetzlichen Vorschriften, die Unfruchtbarmachung nach dem StGB (die zwangsweise Unfruchtbarmachung, die Unfruchtbarmachung mit Willen des Betroffenen, darunter wieder die Unfruchtbarmachung als Heileingriff, die Gefälligkeitssterilisation, eugenische und soziale Sterilisation, kriminalistische Gründe). Sehr interessant sind die Ausführungen über den Begriff und die Grenzen des Heileingriffs und des sehr wichtigen Begriffes der guten Sitten in § 226a StGB, sowie über die Erfordernisse einer wirksamen Einwilligung und die bestehende Regelung der Zuziehung dritter Stellen zur Sterilisation durch den Arzt in Deutschland. Im letzten Teil der Arbeit werden die Konsequenzen des gegenwärtigen Rechtszustandes für den Gesetzgeber aufgezeigt und die Untersuchungen und Gedanken über eine künftige gesetzliche Regelung der künstlichen Unfruchtbarmachung dargelegt. Im Interesse der Rechtssicherheit für den Arzt wie für die Allgemeinheit fordert der Autor eine eindeutige Stellungnahme des Gesetzgebers hinsichtlich der eugenischen, sozialen und kriminalpolitischen Unfruchtbarmachung sowie der Grenzen einer medizinisch indizierten Unfruchtbarmachung im weiteren Sinne, die als Sonderbestimmung die Vorschrift des § 226a StGB ausschließt. Für alle nicht erlaubten Unfruchtbarmachungen sollte man eine Strafbestimmung schaffen, die den Arzt nicht der zu harten, sinnlosen und für die Fälle ärztlich vorgenommener Sterilisation ursprünglich wohl nicht vorgesehenen Mindeststrafe der §§ 224, 225 StGB unterwirft. Das Einwilligungsproblem wäre gesetzlich zu regeln sowie die Einschaltung begutachtender Stellen vor der Durchführung eines zulässigen, unfruchtbarmachenden Eingriffs. Unter Anführung der Gründe wird die Einführung eines die zwangsweise Sterilisation aus eugenischen Gründen anordnenden Gesetzes zur Zeit verneint; Ausnahmen könnten jedoch für gewisse Kategorien halt- und verantwortungsloser Psychopathen und Minderwertigen zweckmäßig sein. Für eine künftige gesetzliche Regelung der freiwilligen Unfruchtbarmachung wird der Erlaß eines besonderen Sterilisierungsgesetzes verlangt, zu dem der Autor 11 wichtige Punkte herausgearbeitet hat: 1. Zur Aufzählung der die Unfruchtbarmachung rechtfertigenden Krankheiten und der Frage der rezessiven Vererbung. 2. Zur Einschaltung von Gutachterausschüssen. 3. Zur Berücksichtigung sozialer Gegebenheiten bei der medizinischen Sterilisation. 4. Zur Stellung der Gutachterausschüsse und zur ärztlichen Schweigepflicht. 5. Zu den Kosten des Verfahrens. 6. Zur wissenschaftlichen Erfassung der Arbeit der Gutachterausschüsse. 7. Zur Durchführung des Eingriffes durch freie Ärzte. 8. Zu den medizinischen Problemen der Durchführung des Eingriffes. 9. Zum Alterserfordernis und zur Kombination mit der Schwangerschaftsunterbrechung. 10. Zur Sterilisation des anderen Ehegatten. 11. Zur Antragsberechtigung und zum Einwilligungsproblem. Einzelheiten müssen der Arbeit entnommen werden. Jeder, der sich mit dem aktuellen und sehr interessanten Problem der strafrechtlichen Zulässigkeit der künstlichen Unfruchtbarmachung zu befassen hat, wird das Buch mit großem Gewinn lesen und dem Autor für seine ausgezeichneten, richtungsweisenden Ausführungen Dank wissen.

G. WEYRICH (Freiburg i. Br.)

● G. Hansen und H. Vetterlein: **Arzt und Recht in der Deutschen Demokratischen Republik.** Leipzig: Georg Thieme 1959. 131 S. Geb. DM 5.30.

Ein Leitfaden an Hand der Verhältnisse in der DDR, als „Ratgeber und Mahnung“ für die dort lebenden Studenten und Ärzte, auf der Grundlage der Auffassung des ärztlichen Berufes als „gesellschaftliche Tätigkeit“, die die Verff. sich ausdrücklich zu eigen machen. Kerngedanke ist, daß der Arzt „nicht mehr nur Betreuer seiner Patienten, sondern vielmehr *Beauftragter des Staates und der Gesellschaft*“ sei; während der Patient „*Faktor* mit seinem Willen zur Gesundheit“ ist. Wer sich über die neuartigen Regelungen der ärztlichen Berufsausübung unterrichten will, wird die Schrift mit Nutzen heranziehen. Sie enthält auch viele Verwaltungs- und Gesetzesvorschriften im Wortlaut. In der Polemik gegen die „bürgerliche“ deutsche Recht-

sprechung zum Heileingriff wird der Entwurf der Großen Strafrechtskommission des Bundesministeriums für Justiz nicht erwähnt. SCHLEYER (Bonn)

**Norbert Müller: Zwischenfälle bei der cerebralen Arteriographie.** [Neurochir. Univ.-Klin., Bonn.] Arch. Psychiat. Nervenkr. 198, 471—482 (1959).

Im Rahmen der Diskussion über Zwischenfälle bei der cerebralen Angiographie werden vier eigene Beobachtungen mitgeteilt. Die Kontrastmittelinjektion in die A. carotis bzw. A. vertebralis hatte die Ausbildung eines intramuralen Hämatoms zur Folge, das in einem Fall mit einer intravasalen Thrombose verbunden war. Es kam jeweils zu einem völligen Gefäßverschluß mit letalem Ausgang. Es wird vermutet, daß Zwischenfälle häufiger durch lokale Komplikationen bedingt werden als allgemein angenommen wird und Verf. sieht in der Injektion des Kontrastmittels in die Gefäßwand eine ernstere Gefahr, als dies etwa eine Unverträglichkeitsreaktion auf das Kontrastmittel darstellt. RÖSLER (Heidelberg)<sup>oo</sup>

**E. Wissfeld und H. Matheis: Spritzenschädigung des Nervus femoralis.** [Univ.-Nervenklin. u. Neurol. Inst., Univ., Frankfurt a.M.] Nervenarzt 30, 115—120 (1959).

Kasuistischer Bericht über eine akute, direkte Femoralisschädigung durch intramuskuläre Injektion mit Einstich über dem oberen äußeren Glutäalquadranten; eine bisher nicht bekannte Komplikation! Sofort traten Schmerz und Taubheitsgefühl, subakut eine Lähmung der Mm. iliopsoas und quadriceps auf. Die segmentale Begrenzung der Sensibilitätsstörung auf die Dermatome L 3 und L 4 läßt die Verff. annehmen, daß bei ungünstiger Lagerung des Patienten die Nadelspitze nach medial über den Darmbeinkamm geraten war und die mittlere und untere Wurzel des N. femoralis erreicht hatte. Daß dieser Weg möglich ist und auf diese Weise gerade die genannten Wurzeln getroffen werden, wird durch Injektionen an Leichen nachgewiesen. Eingehende differentialdiagnostische und topographische Erörterung der Femoralisschädigungen. LAUX (Kiel)<sup>oo</sup>

**G. Cau et J. Faure: A propos des accidents non infectieux de la pénicillinothérapie intramusculaire chez le nourrisson.** (Nichtinfektiöse Zwischenfälle bei intramuskulärer Penicillinbehandlung von Säuglingen.) [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, 13. X. et 17. XI. 1958.] Ann. Méd. lég. 39, 178—185 (1959).

Mitteilungen von Befunden über technische und toxische Komplikationen sowie über individuelle Unverträglichkeit bei intramuskulärer Penicillinbehandlung. Die Fälle werden in das noch weitgehend unbekannte Gebiet des plötzlichen Säuglingstodes eingeordnet. Hinweise auf tödliche Hemmungsreflexe beim Säugling, bei dem das neurovegetative System noch nicht leistungsfähig entwickelt ist. Es wird vermutet, daß Injektionen, die während des Schlafes gemacht werden, besonders gefährlich seien, weil die neurovegetative Reaktion von den höheren Hirnzentren schlechter kontrolliert werde. Der Arzt soll beim Kind vorher auf Penicillin-unverträglichkeit prüfen. HALLERMANN (Kiel)

**M. Bernheim, L. Roche et M. Béthenod: Accidents thérapeutiques en médecine infantile.** (Zwischenfälle in der Behandlung von Kindern.) [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, 13. X. et 17. XI. 1958.] Ann. Méd. lég. 39, 163—168 (1959).

Die statistische Arbeit berichtet über 13500 Krankengeschichten von Kindern bis zum 15. Lebensjahr aus der Kinderklinik in Lyon in der Zeit von 1951—1958. Es fanden sich 85 Fälle von Intoxikationen, davon 22 durch zufällige Einnahme von Medikamenten, 36 Fälle infolge Behandlung mit Medikamenten und 27 Fälle durch nichtmedikamentöse Vergiftung. Unter den 36 Zwischenfällen infolge Behandlung mit Medikamenten waren 12 Todesfälle (Antibiotica 7, Cortison 3). In 3 Fällen starben Säuglinge nach intramuskulärer Penicillineinspritzung innerhalb etwa 10 min an Krämpfen. Bei 4 Fällen wurden choleraähnliche Symptome festgestellt (nach Tetracycl, Chloromycetin und Aureomycin). Bei 2 mit Cortison behandelten Fällen kam es zu einer windpockenartigen Erkrankung mit tödlichem Verlauf. In 2 Fällen entstand ein durch Phenothiazine verursachtes pseudo-encephalitisches Koma. Hinweise auf die Verantwortlichkeit werden erörtert. Kunstfehler wird abgelehnt, da der Zwischenfall unvorhersehbar war. Warnung, da die Kinder gegen Medikamente besonders empfindlich sind. Die Mitteilungen der pharmazeutischen Firmen seien nicht immer deutlich genug. HALLERMANN (Kiel)

**H. Zschoch und F. Tützer: Tödlicher Ausgang einer intravenösen Cholezystographie mit Biligradin.** [Path. Inst., Univ., Leipzig u. Kreiskrankenh., Zwenkau.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 14, 1676—1677 (1959).

Bericht über einen schweren Kreislaufkollaps mit Exitus innerhalb 2 Std nach Injektion von 20 cm<sup>3</sup> Biligradin forte in 4 min. Die 60jährige adipöse Patientin war bis auf eine bestehende Cholelithiasis und eitrige Cholangitis ohne krankhaften Befund. Als Ursache des Kreislaufkollaps wird eine Überempfindlichkeit gegen Biligradin abgelehnt, da ein am Vortage durchgeführter Test mit 1 cm<sup>3</sup> Biligradin reaktionslos verlief. Es wird eine direkte Kreislaufwirkung des Biligradin als ursächlich angesehen und darauf hingewiesen, daß eine Vortestung nicht vor Komplikationen schützt. Es wird eine strenge Indikation der Verwendung intravenöser Kontrastmittel für das Cholecystogramm gefordert.

HANSEN (Jena)

**Jean Guillotte: Explosion de gaz intra-rectaux au cours d'une intervention bénigne par électro-coagulation.** (Gasexplosion im Rectum im Verlauf einer Elektrokoagulation.) Phlébologie 12, 95—97 (1959).

Kasuistischer Beitrag. Nach einer Amöbenruhr hatten sich bei einem 33jährigen männlichen Patienten therapieresistente Hämorrhoiden eingestellt. Zur Stillung der Blutung aus einer kleinen Arterie am äußeren Rand des Anus hatte sich der Arzt zur Elektrokoagulation entschlossen. Während dieses Vorganges entwich aus dem After des Patienten ein größerer Flatus, der sich an dem Elektrokauter entzündete. Explosionsartig entzündeten sich auch die noch im Rectum befindlichen Gase. Es entstand ein 10 cm langer Riß des unteren Sigmoid, der auch auf das obere Rectum übergriff, ferner drei weitere kleinere Perforationen. Der Patient genas nach längerem Kranklager. Eine Ärztekommision äußerte sich gutachtlich dahingehend, daß die Explosion der im Rectum befindlichen Gase durch die Elektrokoagulation ausgelöst wurde. Indikation und Durchführung des Eingriffes wurden nicht beanstandet. Die Entzündung der Darmgase durch das außerhalb des Darmes befindliche Instrument wurde unglücklichen Umständen und nicht einem pflichtwidrigen Vorgehen des behandelnden Arztes zugeschrieben. Ob das Gericht dem Begehren des Patienten auf Schadenersatz stattgab, war zur Zeit der Drucklegung der Arbeit noch nicht bekannt.

H. LEITHOFF (Freiburg i. Br.)

**Stanislav Hájek: Die tödliche Luftembolie bei der Nachfüllung eines kurativen Pneumoperitoneums.** Soudní lék. 4, 97—98 mit dtsch., franz. u. engl. Zus.fass. (1959) [Tschechisch].

Ein Pneumoperitoneum wegen Lungentuberkulose hatte 1 Jahr bestanden, als sich die Patientin verheiratete. Vor einer Schwangerschaft wurde sie damals gewarnt. Sechs Monate nach der Heirat wurde sie anderen Ärzten zugewiesen, sie (wußten anscheinend von der Schwangerschaft nichts und) stachen links vom Nabel ein. Als die Luft nicht in die Bauchhöhle drang, zog der Arzt die Nadel noch einmal heraus und stach noch einmal weiter entfernt links vom Nabel ein. Dort drang die Luft ein. Kurz danach Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Abbruch der Insufflation, trotzdem Tod. — Der erste Stichkanal ließ sich bis in den Fruchtsack verfolgen, der zweite endete in der Uteruswand in der Nähe von den großen Venen und der Adnexe. Hier überall reichlich Luftblasen. Die schwangere Gebärmutter reichte mit dem Fundus bis in Nabelhöhe.

H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

**Hubertus Brennhäusen: Landesrechtliche Vorschriften über das Inverkehrbringen von Arzneifertigwaren. Eine vergleichende Betrachtung.** Bundesgesundheitsblatt 2, 369—372 (1959).

Das Inverkehrbringen von Arzneifertigwaren wurde erstmals genehmigungspflichtig durch die VO mit Gesetzeskraft vom 11. 2. 1943 RGBl. I S. 99 nebst Rderl. vom 17. 5. 1943 MBliV. S. 865. Diese wurden durch Beschluß vom 8. 1. 1959 BGBl. I S. 47 [s. a. Bundesgesundh.bl. 2, 131 (1959)] vom 1. Senat des BVG für nichtig erklärt. Um die Bevölkerung vor seitdem unkontrolliert neu in den Verkehr gebrachten A. bis zum Erlaß eines dringend erforderlichen Bundesarzneimittelgesetzes zu schützen, hat der Ausschuß für Arzneimittel- und Apothekenwesen der AG der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister im März 1959 einen Verordnungsentwurf erarbeitet, dem bereits 8 Länder gefolgt sind und weitere folgen werden [vgl. Bundesgesundh.bl. 2, 345 (1959)]. Die vom Senat von Berlin im GVBl für Berlin S. 653 erlassene VO vom 12. 5. 1959 wird als Beispiel erläutert. Eine Legaldefinition für „Arzneimittel“ soll

dem Bundesgesetz vorbehalten bleiben. *Neue Arzneifertigwaren* (d. h. auch neue Darreichungsformen usw.) sind anzumelden und (außer in Bayern) zu bestätigen, zum Teil mit Register-Nr. zu versehen. § 6 fixiert Angaben, die von vielen Herstellern bereits auf die Packungen gedruckt werden. Die entsprechend erlassenen Verordnungen bedingen vorläufig noch eine teilweise unterschiedliche Verfahrensweise, die durch bundeseinheitliche Regelung beseitigt werden muß.

LOMMER (Köln)

**Heinrich Buess: Ärztliche Ethik in geschichtlicher Sicht.** [Fabrikärztl. Dienst, CIBA AG, Basel.] [5. Jahrestag, Schweiz. Ges. f. Sozialmed., Genf, 14. VI. 1959.] Praxis (Bern) 48, 1029—1032 (1959).

Der Vortrag beginnt mit dem Hinweis auf den St. Galler Arzt JAKOB LAURENZ SONDEREGGER (1820—1896), einen „unentwegten Vorkämpfer für ein gesundes Standesleben“, den Verf. des Buches „Vorposten der Gesundheitspflege“ (5. Auflage, Berlin 1901). Dem Arzt ruft dieser Verf. zu: „Du mußt die Kamellast des Vielwissers schleppen, du mußt alle Künste der Charlatanerie aufwiegen und dabei ein ehrlicher Mann bleiben; die Medizin muß, darauf läuft alles hinaus, deine Religion und Politik, dein Glück und dein Unglück sein!“. An drei geschichtlichen Bildern wird dieser Aphorismus erläutert. Zuerst werden wichtige Stellen aus dem Eid des Hippokrates des Großen (so genannt im Unterschied zu vielen Namensvettern) zitiert. In der Formulierung des Satzes: „ich werde die Grundsätze der Lebensweise nach bestem Wissen und Können zum Heil der Kranken anwenden, dagegen nie zu ihrem Verderben und Schaden“ sieht der Verf. unzweideutig eine sozialethische Maßnahme vorbeugender Natur. Zweitens zitiert er Paracelsus, der die religiöse Untermuerung und die stetige Verbundenheit des Arztes mit der Natur für notwendig erklärte und vorgelebt habe. „Der Arzt kommt aus der Natur, aus ihr wird er; nur derjenige, der seine Erfahrung aus der Natur erhält, ist ein Arzt.“ An dritter Stelle wird eine Zusammenstellung der „Ordnungen des hessischen Medizinalwesens“ aus dem 18. Jahrhundert, die in echt hippokratischem Geist abgefaßt seien, erörtert. Diese Ordnungen bzw. Forderungen im Sinne des Arzt-Philosophen werden in den Dienst des aufgeklärten Absolutismus gestellt. „Jeder Untertan soll im Interesse der Staatsmaxime sich bester Gesundheit erfreuen.“ Diesem Gebot haben die Ärzte dadurch nachzuleben, daß sie an der hygienischen Aufklärung des Volkes ex officio mitarbeiten. Dem Gedanken des sozialen Ausgleiches haben die Ärzte dadurch Rechnung zu tragen, daß sie — wie schon die Ärzte-Eide aus dem Mittelalter gefordert haben — den Armen unentgeltlich behandeln sollen. Zur Kompensation war dann bei den höheren Ständen eine Abweichung von den schon damals festgesetzten Tarifen möglich, eine Maßnahme, die bei den Ärzten ein großes Verständnis für die wirtschaftlich schwächeren Teile der Bevölkerung voraussetzte. Somit hat schon im 18. Jahrhundert der präventive Gedanke, der im hippokratischen Eid zum Ausdruck kommt, endgültig seinen Einzug in das Denken und in die ethischen Anschauungen der Ärzte Eingang gefunden. Der Arzt-Theologe KURT REUBER hat in einer Diss. med. Göttingen 1940 diese alten hessischen „Ordnungen“ verwertet. Zum Schluß des Vortrages werden noch einige markante Sätze aus dem eingangs erwähnten Buche von SONDEREGGER zitiert: „Es gibt nichts Leichteres als den Umgang mit Patienten; denke dich an ihre Stelle, und du verstehst sie, und du bist verstanden . . .“ „ . . . er läßt sich zur Gesundheit erziehen, sobald du dir Mühe gibst . . . Das Beste, was du in der Praxis treiben kannst, ist die vorbauende Medizin, Gesundheitspflege. Alle Welt spricht davon und sehr wenige machen Ernst damit; man will deine Hilfe in Krankheiten und bezahlt diese; aber den Rat, wie man gesund bleibe, honoriert niemand, und wenn du ihn nicht schmackhaft zubereitet auftischest, kannst du dich damit sehr widerwärtig machen.“ Ein aufschlußreiches Verzeichnis der neueren Literatur erhöht den Wert des Vortrages.

WALCHER (München)

**Théo Marti: L'éthique médicale.** (Medizinische Ethik.) [5. Congr., Soc. suisse de Méd. soc., Genève, Juin 1959.] Praxis (Bern) 48, 1027—1029 (1959).

Trotz der Entwicklung in der Medizin und aller sozialer Umwälzungen bleibt die Ausübung der Heilkunde ihrem Wesen nach eine Handlung des Wohlwollens und der brüderlichen Liebe. Die medizinische Ethik beruht auf einer Fülle geschriebener und ungeschriebener moralischer Gesetze, die das Fundament der Gesamtmedizin bedeuten. Auch heute behält somit der Schwur des Hippokrates seine Gültigkeit und seinen Wert. Wenn aber im Laufe der Entwicklung die soziale Stellung der Ärzteschaft sich scheinbar verwischt, so ist es Pflicht der Ärzte, gegen diese Tendenz anzukämpfen, indem sie ihre moralische Integrität außer Frage stellen. Es muß daher die Auswahl der Ärzte sowohl nach den geistigen Fähigkeiten als auch nach dem moralischen

Wert erfolgen. Die Berufung zum Arztberuf sollte ihre Quelle in der Nächstenliebe haben. Wenn also der Arzt seine Kunst im Geist des Schwures von Hippokrates ausübt, wird er die Achtung und Dankbarkeit seiner Kranken gewinnen.

MARESCH (Graz)

**Irving Ladimer: May physicians experiment?** (Dürfen Ärzte Experimente durchführen?) [Nat. Soc. for Med. Res., Res. Planning, Nat. Inst. of Health, New York.] Int. Rec. Med. 172, 586—598 (1959).

Das Recht und die Pflicht zu Experimenten am Menschen sind von wechselnden Voraussetzungen und Bedingungen abhängig. Die Grenzen des Begriffes sind gegeben durch ethische Gesichtspunkte, gesetzliche Bestimmungen, den Richtlinien medizinischer Zentren und nicht zuletzt vom sozialen Klima und der öffentlichen Meinung. Diese Grundsätze sollten immer Voraussetzung wissenschaftlicher Tätigkeit sein. — Ein „Experiment“ ist in der angelsächsischen gesetzlichen Definition gleichbedeutend mit Fehlbehandlung. Wenn dieses aber unter allen Vorsichtsmaßnahmen durchgeführt wird, kann dies dem Arzt nicht zur Last gelegt werden (es werden mehrere historische Gerichtsurteile zitiert). — Während für die praktische Tätigkeit die obengenannte Begriffsbestimmung gilt ist dies für die Forschung nicht der Fall. — Einem Versuch am Menschen muß die entsprechende Laboratoriumsarbeit und der Tierversuch vorangehen. Wichtiger noch ist die Forderung, daß das zu erwartende Ergebnis in annähernd gleichem Verhältnis zum Risiko steht. — Die zweckmäßige Vorbereitung eines Versuches ist heute wohl nur durch Zusammenarbeit mit dem Biometriker und Statistiker erreichbar, wobei das Wohlergehen des Patienten das Leitprinzip sein soll. — Als Richtlinien zitiert der Verf. die Nürnberger Entscheidungen, die Ausführungen Papst Pius XII. und die von der WMA angenommene Modifikation des Hippokratischen Eides, wonach ein Arzt „unter keinen Umständen berechtigt ist etwas zu tun, das die Widerstandsfähigkeit des Menschen herabsetzt, ausgenommen eindeutige therapeutische oder prophylaktische Indikationen, die im Interesse des Patienten selbst liegen“. — In Anlehnung an die Nürnberger Entscheidungen hat die AMA folgende Regeln für Versuche an Menschen herausgegeben: „Es muß die Zustimmung der Versuchsperson vorliegen; die Gefährlichkeit jedes Experimentes muß durch einen vorhergehenden Tierversuch geklärt sein; die Durchführung ist nur unter genauer medizinischer Überwachung gestattet.“ — Das amerikanische Gesetz kennt keine speziellen Vorschriften über Verbot, Durchführung oder Zulassung medizinischer Experimente an sich. Es wird hier lediglich das Recht jeder Person auf Schutz ihrer Gesundheit als Teil ihrer persönlichen Rechte herangezogen. — Es müssen 3 Arten von Versuchen unterschieden werden, wobei 1. die vorgeschlagene Methode — obwohl neu oder nicht erprobt — die beste Behandlung für den Kranken darstellt; 2. das Experiment den besten Schutz vor einem natürlichen Risiko bietet, jedoch ein künstliches Risiko setzt und 3. gefährliche Mittel oder Methoden an einem gesunden Menschen angewandt werden. — Für jegliche Art von Versuch ist die Einwilligung der Person erforderlich, wobei eine wissenschaftliche Fundierung und ein positiver Zweck vorauszusetzen sind. — Die größten Schwierigkeiten treten hier bei Kindern auf. So ist es z. B. im ersten Fall möglich, daß die Erlaubnis der Eltern allein genügen kann, selbst wenn das Kind eine solche nicht erteilt. Im Gegensatz dazu hat ein Gericht die Meinung vertreten, daß ein über 10 Jahre altes Kind selbst entscheiden könne. Im allgemeinen gelten jedoch für Kinder dieselben Voraussetzungen wie für unzurechnungsfähige Personen. — Medizinische Versuche beschäftigen in hohem Maße die Öffentlichkeit, sei es, daß diese daran teilnimmt — wie bei der Einführung der Poliomyelitisvaccine, Krebs- oder Tuberkuloseuntersuchungen — oder ihre Organe, deren Verlauf überwachen. Hierher gehört z. B. die nunmehr wesentlich strenger als früher durchgeführte Kontrolle von Medikamenten und Nahrungsmitteln. — Die Wertschätzung der Medizin und des Arztes hängt letzten Endes von der sorgfältigen Beachtung der ethischen und gesetzlichen Grundlagen ab.

PATSCHIEDER (Innsbruck)

**Wilken v. Ramdohr: Gastklinik und Gastoperateur.** Neue jur. Wschr. A 12, 2296 bis 2298 (1959).

Die Frage, wie sich bei einem sog. „Gastvertrag“ zwischen einem Arzt und einer Klinik die Verantwortlichkeit für mangelhafte organisatorische Zustände in der Klinik oder die Auswahl unzulänglicher Hilfskräfte, die dem Arzt zur Verfügung gestellt werden, verteilt, hat in einem vor einiger Zeit gegen einen Chirurgen, der nach § 222 StGB verurteilt worden ist, erhebliche Bedeutung gehabt (vgl. KOHLHAAS Dtsch. med. Wschr. 59, 1491). Nach RAMDOHR besteht eine

Teilung der Verantwortung. Der Gastarzt ist nur für die Operation selbst und dafür, was er für seinen Patienten von der Gastklinik verlangt, verantwortlich. Die Gesamtverantwortung für den normalen Operationsverlauf in der Klinik hat der Chefarzt des Hauses. Er kann bestimmte Rechte und Pflichten anderen übertragen und damit innerhalb seines Verantwortungsbereiches gesonderte Verantwortungsbereiche schaffen (Narkosegruppe in selbständiger Verantwortung, Gruppe für Bluttransfusion, Operationsschwestern, Verantwortungsbereiche der Stationschwestern, Pfleger usw.). Durch Stichproben und Kontrollen muß sich der Chefarzt vom normalen Funktionieren seiner Leute überzeugen. Fehlerquellen außerhalb des obengenannten Wirkungsbereiches des Gastarztes sind für diesen weder vermeidbar noch voraussehbar (mit der einen Ausnahme der besonderen Wissensmöglichkeit, Ref.). Im allgemeinen muß sich der Gast-Operateur auf einen ordentlichen Kliniksbetrieb verlassen können. RUDOLF KOCH (Coburg)

**GG Art. 83, 129 Abs. 1 Satz 1; RÄrzteO v. 13. 12. 135 (RGL. I 1433)-RÄO-§ 6 (Zuständigkeit und Voraussetzungen für die Wiedererteilung einer zurückgenommenen ärztlichen Bestallung).** a) Die in § 6 RÄO dem RMDI erteilte Ermächtigung zur Wiedererteilung einer auf Grund des § 5 Abs. 1 Ziff. 4 RAO zurückgenommenen ärztlichen Bestallung ist auf die zuständige oberste Landesbehörde übergegangen. b) Über die Voraussetzungen für die Wiedererteilung einer ärztlichen Bestallung gemäß § 6 RÄO. [BVerwG, Urt. v. 6. VIII. 1959; BVerwG I C 95/56. Münster.] Neue jur. Wschr. A 12, 2324—2325 (1959).

Ein Arzt war im Jahre 1942 verurteilt worden. Er hatte an Patientinnen sog. Scheidenmassagen durchgeführt unter dem Deckmantel einer ärztlichen Behandlung, in Wirklichkeit aber aus sexuellen Gründen. Er hatte mit den Patientinnen auch Geschlechtsverkehr gehabt. Der zuständige Regierungspräsident entzog ihm auf Vorschlag des ärztlichen Berufsgerichtes die Bestallung. Der Arzt bemüht sich jetzt um Wiedererteilung der Bestallung. Das Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen lehnte sein Gesuch ab. Der Arzt klagt beim BVG, er beansprucht eine Beschwerdemöglichkeit beim Bundesinnenministerium. Das Bundesinnenministerium ist aber nach Auffassung des BVG nicht zuständig. Auch der Einwand, ein ehemaliger Arzt könne von Land zu Land ziehen und immer wieder zu erreichen versuchen, daß ein Landesinnenministerium ihm die Bestallung wieder erteilt, schlägt nach Meinung des BVG nicht durch. Auch sachlich ist die Fortdauer der Entziehung der Bestallung begründet. Der Arzt hat sich in schwerster Weise gegen die ärztliche Ethik vergangen. Die Länge der Zeit bedingt nicht, daß man ihm die Bestallung wieder erteilt. B. MUELLER (Heidelberg)

**ImpfG v. 8. IV. 1874 (RGL. S. 31) § 2; GG Art. 2 Abs. 2 (Gesundheitswesen: Impf-recht).** a) Der durch das ImpfG v. 8. IV. 1874 (RGL. S. 31) angeordnete Impfpflicht ist mit dem GG vereinbar. b) Der Impfpflicht entspricht ein Recht des Bürgers auf Impfung. c) § 2 ImpfG schließt die Berücksichtigung einer allgemeinen Gefährdung der Erstimpflinge von der Erreichung einer bestimmten Altersstufe an nicht aus. d) Die Entscheidung des Impfarztes, ob eine Impfung vorzunehmen ist, darf nur von ärztlichen Erwägungen und nicht von einer Haftungsübernahme des gesetzlichen Vertreters des Impflings für etwaige Impfschäden abhängig gemacht werden. [BVerwG, Urt. v. 14. VII. 1959; BVerwG I C 170/56, Münster.] Neue jur. Wschr. A 12, 2325—2327 (1959).

Ein Impfarzt hatte ein Kind schon öfter von der Impfung zurückgestellt. Es war schließlich älter als 2 Jahre geworden. Der Vater wünschte die Impfung. Die Verwaltungsbehörde lehnte sie jedoch ab mit der Begründung, daß in diesem Alter bei Erstimpfungen Impfschäden nicht sonderlich selten seien und daß der Staat dafür die Haftung nicht übernehmen könne. Das BVG stellt fest, daß diese Begründung unzulässig ist. Ob ein impfpflichtiges Kind geimpft werden soll oder nicht, richtet sich lediglich nach ärztlichen Gesichtspunkten.

B. MUELLER (Heidelberg)

**G. Faraone: A proposito di un caso di shock mortale da prima iniezione di siero anti-tetanica.** (Ein Fall von tödlichem Schock nach einer ersten Antitetanus-Serum-

injektion.) [Ist. di Med. leg. e Assicuraz., Univ., Cagliari.] *Minerva med.-leg.* (Torino) **79**, 111—114 (1959).

Ein 4-jähriger Knabe zog sich durch einen Sturz am Randstein eine Reißquetschwunde der linken Augenbraue zu und wurde gleich in das Spital gebracht, wo nach entsprechender Befragung der Mutter über eine vorangegangene Injektion ihm 1,5 ml Antitetanus-Serum mit einem Gehalt von 1125 E verabreicht wurde. Schon auf dem Heimweg traten Kreislaufstörungen auf, weshalb der Knabe wieder ins Spital zurückgebracht wurde, doch trat 60 min nach der Injektion der Tod ein. Die Leichenöffnung ergab: Hypertrophie des lymphatischen Apparates, allgemeine Blutstauung, die auch histologisch verifiziert wurde. Der Thymus hatte ein Gewicht von 20 g, die Milz von 70 g. Es werden die Hypothesen zur Erklärung dieser Reaktion und des Todes besprochen und eine angeborene Überempfindlichkeit auf Grund eines Status thymico-lymphaticus als die wahrscheinlichste bezeichnet. Hierauf wird auf die Verantwortlichkeit des Arztes eingegangen und festgestellt, daß dieser alle vorbeugenden Maßnahmen beobachtet hatte, so daß ärztliches Verschulden am Tod des Kindes nicht gegeben erscheint, da mit einer abnormen Überempfindlichkeit nicht gerechnet werden kann. WERNER (Wien)

**StPO §§ 78, 80, 250, 252, 261 (Vernehmung des Sachverständigen als Zeugen).** Belastungstatsachen, die der Sachverständige durch Befragen des zu Untersuchenden (oder anderer Personen) außerhalb der Hauptverhandlung ermittelt hat, darf der Richter ohne Vernehmung des Sachverständigen als Zeugen auch dann nicht zur Überzeugungsbildung heranziehen, wenn es sich um keine „zusätzlichen“ Tatsachen handelt (Fortbildung von BGHSt. 13, 1 = NJW 59, 828). [BGH, Urt. v. 18. IX. 1959; 4 StR 208/59, LG Dortmund.] *Neue jur. Wschr. A* **12**, 2222—2223 (1959).

**BGB § 831 (Injektionen durch Krankenschwestern, Entlastungsbeweis).** Der Entlastungsbeweis des § 831 Abs. 1 Satz 2 BGB ist nicht geführt, wenn eine Krankenschwester damit betraut ist, nervenschädigende Mittel bei Kindern intramuskulär zu injizieren, ohne für diese Aufgabe besonders angewiesen und belehrt worden zu sein. [BGH, Urt. v. 30. VI. 1959; VI ZR 125/58, Köln.] *Neue jur. Wschr. A* **12**, 2302—2303 (1959).

Eine Schwester war im Jahre 1949 vom Arzt beauftragt worden, bei einem 12-jährigen Kinde intragluteal Supronal zu spritzen; die Schwester war unterwiesen worden. Trotzdem geriet die Kanüle in den N. ischiadicus und zog diesen in Mitleidenschaft. Jetzt erst kam der Prozeß durch die Entscheidung des BGH zum Abschluß. Wenn eine Schwester mit dieser Injektion beauftragt wird, was an sich schon bedenklich ist, muß sie besonders genau unterwiesen werden, und zwar unter Berücksichtigung der eingeengten anatomischen Verhältnisse bei einem Kinde. Der beklagte Arzt konnte nicht nachweisen, daß dies geschehen sei. Er mußte daher haftpflichtig gemacht werden. An sich handelte es sich um eine sehr zuverlässige Schwester, an deren Tätigkeit sonst nichts zu beanstanden war. B. MUELLER (Heidelberg)

**Walter Neugebauer: Ein falscher Arzt.** [Landesversorg.-Amt Westfalen, Münster.] *Arch. Kriminol.* **124**, 145—152 (1959).

Der „falsche Arzt“ ist nicht geisteskrank, er hat vielleicht einige psychopathische Eigenschaften. In der Aszendenz findet sich hier und da eine Schizophrenie. Der Volksschullehrer hielt ihn für begabt und regte den Besuch der höheren Schule an. Die Eltern drangen jedoch darauf, daß er früh Geld verdiente. Er besuchte als Schwarz Hörer Vorlesungen. Im Krieg war er monatelang in Lazaretten, hier nahm er jede Möglichkeit wahr, sich medizinische Kenntnisse anzueignen; er war zuverlässig und unermüdlich und galt schließlich als unentbehrliches Faktotum. Nach dem Kriege ging er als Assistenzarzt an ein Krankenhaus in Mitteldeutschland. Es herrschte Ärztemangel, Papiere wurden nicht verlangt. Dem Chefarzt fielen manchmal erhebliche Lücken auf, er führte sie jedoch auf die Kurzausbildung während des Krieges zurück. Schließlich machte er Bekanntschaft mit der Mutter eines Arztes, der sich noch in Kriegsgefangenschaft befand; im Volksmund glaubte man, er sei der aus der Kriegsgefangenschaft zurückgekehrte Arzt. Er legte sich seinen Namen zu, es war ihm nicht schwer, Ersatzpapiere einschließlich der Approbationsurkunde zu erhalten. Als schließlich eine Anzeige einging, der in Kriegsgefangenschaft befindliche Arzt sei bei der SS gewesen, mußte er flüchten. Er gewann in Westdeutschland Boden, war in einem Gesundheitsamt tätig und erreichte schließlich auch



die Kassenzulassung. An seiner Rezeptur, die sehr vorsichtig war, nahm niemand Anstoß, die Patienten hatten ihn gern. Von früheren strafbaren Handlungen her bestand ein alter Steckbrief. Anlässlich eines Verkehrsunfalles fiel dem Polizeibeamten auf, daß ihm ein Finger fehlte. Für den steckbrieflich Gesuchten war dieses Merkmal angegeben. Nach einigem Befragen gab der falsche Arzt schließlich alles zu. Er ist verurteilt worden. Verf. hält es für wichtig, wenn auch schwer durchführbar, daß der Verurteilte späterhin in eine Berufssparte hineingelenkt wird, die sein Geltungsbestreben befriedigt und ihm ein einigermaßen gesichertes Leben garantiert. Andernfalls dürfte die Gefahr eines Rückfalles bestehen. B. MUELLER (Heidelberg)

**A. W. Fischer: Wieweit können Schwestern oder Pfleger an Narkosen beteiligt werden? Chirurg 30, 535—536 (1959).**

Verf. weist darauf hin, daß es nicht nötig ist, jeden Bereich der Tätigkeit im Gesundheitswesen durch Gesetze und Verordnungen zu regeln. Die Frage geht darum, wieweit Ärzte Schwestern intravenöse Injektionen, speziell die Einleitung einer Narkose durch Injektion von Evipan und die Bedienung der Narkoseapparate übertragen dürfen. Die Schwesternschaft hat sich in Erklärungen dagegen gewandt. Verf. weist darauf hin, daß es dem Chirurgen in mittleren und kleinen Krankenhäusern nicht möglich ist, entsprechend ausgebildete Ärzte mit dieser Tätigkeit zu betrauen. Die Tatsache, daß ein Arzt die Bestallung besitzt, befähigt ihn nicht, einen Narkoseapparat zu bedienen. Dies macht eine Schwester, die eingearbeitet ist, besser. Der Schwesternberuf sollte etwas spezialisiert werden. Die Verantwortung für eine derartige Tätigkeit der Schwester würde natürlich immer der Arzt zu tragen haben. Die Anwendung von Relaxantien muß dem Arzt überlassen werden. B. MUELLER (Heidelberg)

**R. Schuppert: Ein Heilpraktiker und sein Horoskop vor Gericht. Münch. med. Wschr. 101, 2177—2178 (1959).**

Eine Patientin litt an vaginalen Blutungen, sie stammten von Uteruspolypen. Ein Heilpraktiker, der sich außerdem noch mit Horoskopen beschäftigte, riet von der Operation ab, er pendelte und verschrieb eine Polypensalbe. Erst später ging die Patientin zum Arzt und wurde entsprechend behandelt. Der Heilpraktiker wurde wegen Vergehens gegen das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu einer Geldstrafe von 300 DM verurteilt. Verf. wendet sich gegen die Geringfügigkeit der Bestrafung. B. MUELLER (Heidelberg)

**Jesús Fernández Cabeza: Consideraciones médico-legales sobre las lesiones en general. (Gerichtsmedizinische Betrachtungen zum Begriff des Schadens.) Rev. Med. legal (Madr.) 14, 50—86 (1959).**

Die sehr ausführliche Arbeit kann nicht im einzelnen referiert werden. Sie behandelt, im Anschluß an die Begriffsbestimmung des „Schadens“ in der spanischen Rechtsprechung und Medizin, die entsprechenden Abschnitte des Strafgesetzbuches, wichtigere Urteile des Obersten Gerichtshofes, und die Ansichten in- und ausländischer Strafrechtler und Gerichtsmediziner. Eine Überarbeitung des recht veralteten spanischen Strafgesetzbuches im Einklang mit der modernen medizinischen Erkenntnis (nicht der Theorie) und mit den Notwendigkeiten der Rechtsprechung wird als notwendig erachtet. K. RINTELEN (Berlin)

**Hermann Zinner: Zum Thema forensische Zahnheilkunde: „Haftung des Arztes und Schadenersatz“. Öst. Z. Stomat. 56, 280—286 (1959).**

Die rechtlichen Folgen ärztlicher Tätigkeit werden eingehend erörtert. Auf die grundsätzliche Unterscheidung zwischen straf- und zivilrechtlicher Haftung eingehend, bespricht Verf. besondere Fälle aus der zahnärztlichen bzw. kieferchirurgischen Praxis. Besonders bei Operationen, die kosmetische Ziele verfolgen, empfiehlt es sich, den Patienten zu belehren, daß das Resultat nicht vollkommen befriedigend sein kann, und sich einen entsprechenden Revers unterschreiben zu lassen. Die Prozeßfreudigkeit, die in letzter Zeit stark ansteigt, ist zum Teil als Folge der fragwürdigen „Aufklärungstätigkeit“ der Tagespresse, Wochenzeitschriften usw. anzusehen, zum Teil aber auch durch das sog. Armenrecht bedingt; dadurch wird der Laie veranlaßt, Kausalzusammenhänge zwischen zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen und anderen Krankheiten anzunehmen. Verf. bespricht abschließend die Schadenersatzpflicht, die auch nach dem Tode eines Arztes gegen seine Erben gestellt werden kann. Diese bezieht sich sowohl auf den Ersatz des eingetretenen Schadens, z. B. Ersatz der Heilungskosten, aber auch auf Verdienstentgang, Schmerzensgeld, im Extremfall auf lebenslängliche Rentenansprüche (Witwe mit mehreren minderjährigen Kindern, deren Gatte während einer Kurznarkose zwecks Zahnextraktion durch Aspiration erbrochener Massen erstickt war). Begutachtungen sollten nur offiziell betraute,

wirklich mit der Materie vertraute Fachärzte vornehmen. Privatgutachten, die häufig von der klagenden Partei beigebracht werden, sind meist bedeutungslos. WÖLKART (Wien)

**BGB §§ 249, 276, 823 (Operation ohne Einwilligung des Patienten).** Nimmt ein Arzt schuldhaft ohne wirksame Einwilligung des Patienten eine Augenoperation vor, die zur Infektion und dann zur Erblindung führt, so ist er für die Folgen des rechtswidrigen Eingriffs ohne Rücksicht darauf, schadenersatzpflichtig, ob ihm ein Kunstfehler unterlaufen ist. Behauptet der Arzt, die akute Augenerkrankung des Patienten würde auch ohne Operation zur Erblindung geführt haben, so ist er für diesen Einwand beweispflichtig. [BGH, Urt. v. 10. VII. 1959; VI ZR 87/58, Schleswig.] Neue jur. Wschr. A 12, 2299—2300 (1959).

Ein Augenarzt diagnostizierte eine Netzhautvenenentzündung und verordnete Bettruhe. Auf Wunsch des Kranken wurde ein Universitätsprofessor zugezogen, der gleichfalls den Kranken hin und wieder besuchte und gemeinsam mit dem behandelnden Arzt einen Heilplan aufstellte. Ohne den Konsiliarius zu benachrichtigen, nahm der behandelnde Arzt am Auge eine Glaskörperabsaugung vor. Danach verschlimmerte sich der Zustand, es kam fast zur Erblindung. Der BGH sieht in diesem Eingriff, der ohne Zustimmung des Konsiliarius vorgenommen wurde, insofern einen Mangel, als die Einwilligung des Patienten allein nicht wirksam war. Für die Folgen ist der behandelnde Arzt haftpflichtig; behauptet er, daß es auch ohne die Operation zur Erblindung gekommen wäre, so ist er dafür beweispflichtig. Dieser Beweis muß nach den Ausführungen in der Entscheidung schlüssig geführt werden, eine Wahrscheinlichkeit genügt nicht.

B. MUELLER (Heidelberg)

**H. Naujoks: Ärztliche Aufklärung der Patienten unter juristischer Kontrolle?** [Univ.-Frauenklin., Frankfurt a.M.] Medizinische 1959, 2203—2210.

Diese Arbeit ist von dem verdienstvollen Frankfurter Gynäkologen einige Tage vor seinem unerwarteten Ableben verfaßt worden. Zugrunde liegen zwei Bestrahlungsfälle: In einer Klinik von Ruf wurde eine carcinomkranke Patientin durch Bestrahlung praktisch geheilt, jedoch führte die Bestrahlung zu einer Stenose der Ureteren und zu erheblichen Beschwerden, die jedoch praktisch überwunden wurden. Der Träger der Klinik, der Direktor und der Oberarzt wurden verklagt, sie wurden zum Schadenersatz und zwar zur Zahlung einer lebenslangen Rente verurteilt. Der Bundesgerichtshof bestätigte dieses Urteil und machte geltend, der Arzt müsse auch bei Carcinomkranken auf unangenehme Folgen der Bestrahlung hinweisen, die Patientin sei unzureichend aufgeklärt worden. Im Falle des Verf. war gleichfalls eine carcinomkranke Patientin geheilt worden. Zurückgeblieben waren Reizerscheinungen des Darmes mit häufigen Durchfällen. Auch jetzt kam es zu einer Klage vor den zuständigen Gerichten. Das Verfahren dauerte 11 Jahre, die Schriftsätze der Patientin wurden immer aggressiver, sie entwickelte sich zur Querulantin und wurde schließlich für unzurechnungsfähig erklärt. Erst auf diese Weise kam das Verfahren zu Ende, das schließlich auch eine seelische Belastung für den Direktor der Klinik und seinen Oberarzt darstellte. Verf. bedauert mit Recht die Einstellung des BGH. Nach seiner Meinung würden die Ärzte jetzt entschlußunsicher werden. Er überlegt sich, wie man sich als Arzt vor den Folgen eines solchen Urteils schützen könne. Er hat in seiner Klinik eingeführt, daß die Patientinnen einen Revers unterschreiben, nach dem sie vor Beginn der Strahlenbehandlung auf etwaige schädliche Nebenfolgen hingewiesen worden sind. Verf. hofft, daß der Arzt in hinreichendem Maße seine Entscheidungsfreiheit behält, in diese Freiheit solle der Jurist nicht allzu sehr eingreifen.

B. MUELLER (Heidelberg)

**G. Herold: Bedarf es einer speziellen strafrechtlichen Regelung für hirneingriffe?** Med. Klin. 54, 2087—2089 (1959).

Verf. hat die Leukotomie im Auge. Der Arzt, der sie durchführen will, wird die Willensfähigkeit des Patienten besonders genau prüfen müssen. Hat er hieran Zweifel, so wird es seine Pflicht sein, die Sorgeberechtigten aufzuklären und sie um Erlaubnis zu bitten. Bei der Aufklärung wäre besonders auf die Gefährlichkeit des Eingriffs hinzuweisen und darauf, daß er auch mitunter erfolglos ist, oder gar unerwünschte Nebenwirkungen hat. Die Leukotomie oder ähnliche Operationen im künftigen Strafrecht besonders hervorzuheben, wird von den an dieser Frage interessierten wissenschaftlichen Gesellschaften nicht für erforderlich gehalten.

B. MUELLER (Heidelberg)

**E. Girardet: Rapports entre le médecin traitant et le médecin-conseil en matière de secret professionnel.** (Fühlungnahme zwischen dem behandelnden Arzt und der Ärztevertretung bezüglich des Berufsgeheimnisses.) [5. Congr., Soc. suisse de Méd. soc., Genève, Juin 1959.] Praxis (Bern) 48, 1033—1035 (1959).

Es handelt sich um Beratungen, die im Kanton Waadt stattgefunden haben. Der Kassenarzt muß der Krankenkasse Auskunft geben über eine eingeleitete Behandlung, jedoch nicht über das Vorleben seines Patienten und frühere Behandlungsfälle. Das Vertrauensverhältnis zwischen Kassenarzt und Patienten soll so wenig wie möglich gestört werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Jean Maystre: A propos du secret professionnel.** (Betr.: Ärztliches Berufsgeheimnis.) [5. Congr., Soc. suisse de Méd. soc., Genève, Juin 1959.] Praxis (Bern) 48, 1032 bis 1033 (1959).

Die Strafprozeßordnung der Schweizer Kantone ist nicht einheitlich. Für die Mehrzahl der Kantone gilt die Bestimmung, daß der Arzt verpflichtet ist, vor Gericht auszusagen, wenn er von den Berechtigten von der Schweigepflicht entbunden wird. In anderen Kantonen (Minderzahl) kann er trotzdem die Zeugnisablegung verweigern.

B. MUELLER (Heidelberg)

**G. Schulz: Das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes.** Med. Klin. 54, 2084—2086 (1959).

Klare Ausführungen eines Juristen über das Problem. Erörtert wird auch die Schweigepflicht und das Schweigerecht des ärztlichen Hilfspersonals und ebenso die Herausgabe von Krankengeschichten. Die Ausführungen bringen über das bisher Bekannte hinaus nichts Neues. Hervorgehoben mag noch folgendes werden: Das Recht zur Entbindung von der Schweigepflicht geht auf die Erben eines Verstorbenen nicht über. Die Rechtssprechung hat aber eine Lockerung der Schweigepflicht in diesem Fall insbesondere dann zugelassen, wenn der Arzt über die Geisteskrankheiten eines früheren Patienten vernommen werden soll, der ein Testament errichtet hatte. Das OLG Düsseldorf hat in einem solchen Fall durch Beschluß vom 26. 1. 1959 die Anerkennung der ärztlichen Schweigepflicht verneint (NJW 1959, S. 821).

B. MUELLER (Heidelberg)

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

● **Hans Schmidt: Das Properdin.** (Fortschritte d. Immunitätsforschung. Hrsg. von HANS SCHMIDT. Bd. 2.) Darmstadt: Dr. Dietrich Steinkopff 1959. XI, 150 S., 15 Abb. u. 19 Tab. DM 28.—.

Die Monographie ist Teil einer Ergänzungsreihe zu den „Fortschritten der Serologie“ des Autors, die dieses Handbuch auf dem laufenden halten soll. Properdin ist ein normaler Bestandteil der Plasma-Eiweiße, seine Entdeckung durch PILLEMER machte das unspezifische bactericide Abwehrvermögen des Blutes und die „Resistenzsteigerung“ des Organismus besser verständlich. Das Wesentliche der Wirkung ist eine Bindung an polysaccharidhaltige Komplexe von Bakterienzellen und Viren mit Cytolyse unter Mitwirkung von Komplement. Die mit gewohnter Durchdringung und meisterhafter Beherrschung des großen Stoffes verfaßte Studie H. SCHMIDTS faßt das ganze Wissen über dieses neue serologische System zusammen, wie aus einigen Kapitelüberschriften ersichtlich sein mag: Darstellung, physikalisch-chemische und serologische Eigenschaften, Meßmethoden und Gehalt im Serum, physiologisch-biologische Bedeutung, Wirkungen. Von besonderem Interesse für die gerichtliche Medizin dürften die Abschnitte über die Properdinschädigung durch Bestrahlung und die Abnahme des Properdins bei hohen Blutverlusten und Schockzuständen anderer Genese sein. Immer wieder werden Beziehungen zu immunologischen, serologischen und hämatologischen Tatsachen dargestellt. Man wird in der Monographie Antwort auf jede Frage zum Thema finden.

SCHLEYER (Bonn)

● **Rudolf Mally: Kriminalistische Spurenkunde I und II.** (Schriftenr. d. Bundeskriminalamtes. 61—69.) Wiesbaden: Bundeskriminalamt 1958. 136 S. u. 8 Abb.; 181 S. u. 48 Abb.

Die beiden Bücher umfassen die Theorie des Spurensystems und die Praxis der Spurensicherung. Diese umfaßt den größten Teil der Veröffentlichung. Bei der Theorie des Spuren-