

„Straßenverkehrsdelikte“ eine ähnliche Häufigkeit wie die Eigentumsdelikte. Auch nach Abzug der „Straßenverkehrsdelikte“ zeigt die Kurve der Verurteilungsziffern bei den Jugendlichen und Heranwachsenden von 1954—1957 einen Anstieg um 90 bzw. 33 %, die Kurve der „reinen Kriminalität“ verläuft bei den Erwachsenen ziemlich konstant. Das Anschwellen der Fahrlässigkeitsdelikte (größtenteils Straßenverkehrsdelikte) zeigt, daß die Handlungsweise des einzelnen, dessen Schuld sich als Fahrlässigkeit darstellt, sich zu einer Massenerscheinung ausweitet.

WALCHER (München)

James A. V. Galvin and John M. MacDonald: **Psychiatric study of a mass murderer.** (Psychiatrische Studie über einen Massenmörder.) [Colorado Psychopath. Hosp., Denver. (114. Ann. Meet., Amer. Psychiat. Assoc., San Francisco, 12.—16. V. 1958.)] Amer. J. Psychiat. 115, 1057—1061 (1959).

Kurzbericht über den 23jährigen John Gilbert Graham, durch den am 1. 11. 55 ein Flugzeug während des Fluges zur Explosion kam. Er hatte in das Reisegepäck seiner gegen seinen Wunsch abreisenden Mutter Sprengstoff mit Zeitzünder gesteckt, es kamen 40 Menschen ums Leben. Graham wurde — psychiatrischerseits als strafrechtlich verantwortlich erklärt — mit dem Tode bestraft. Er wurde als sozial fehlentwickelte Persönlichkeit beurteilt (sociopathic personality). Als Motiv der Straftat war Verärgerung über versagte Liebe mit Haßreaktion bei ambivalenter Stellung im Sohn-Mutterverhältnis anzunehmen. Während der Untersuchungshaft kam es bei Graham kurzfristig zur Ausbildung eines paranoiden Ganser-Syndroms.

E. LANGE (Mühlhausen-Thür. u. Jena)°°

L. J. Dorenfeldt: **Der Sexualmord in der Skippergate in Oslo.** Nord. kriminaltekn. T. 29, 270—277 (1959) [Norwegisch].

Wilhelm Backhaus: **Kultur und Todesstrafe.** Z. ärztl. Fortbild. 49, 249—250 (1960).

Verf. spricht sich affektiv gegen die Wiedereinführung der Todesstrafe aus. Er stützt sich auf das bekannte Buch von HEINDL, „Der Berufsverbrecher“, in dem der Todesstrafe eine abschreckende Wirkung abgesprochen wird. Verf. steht der Tiefenpsychologie nahe. Wenn jetzt viele Menschen die Wiedereinführung der Todesstrafe fordern, so steckt darin — so meint Verf. —, so befremdend es auch klingen mag, „eine nach Legalität strebende Mordlust gegen Mörder“.

B. MUELLER (Heidelberg)

Julio Endara: **Degradazioni e devitalizzazioni nei criminali, rilevabili per mezzo del test di Rorschach.** Quad. Crim. clin. 2, 21—36 (1960).

Fritz Meyer: **Der kriminologische Wert von Prognosetafeln.** Mschr. Krim. Strafrechtsref. 42, 214—245 (1959).

Verf., der als Landgerichtsrat tätig ist, bespricht die veröffentlichten Prognosetafeln, die von SCHIEDT, von FREY, von BRÜCKNER, und andere Prognosetafeln, die von deutschsprachigen und amerikanischen Kriminologen stammen. Anhand des Materials von 172 Häftlingen des Jugendgefängnisses in Siegburg hat er eine eigene Prognosetafel ausgearbeitet, die 26 Punkte umfaßt. Ermittelt wird die Prognose zur Zeit der Urteilsverkündung und die Prognose zur Zeit der Entlassung aus der Haftanstalt. Nach Meinung des Verf. gibt es eine universelle Prognosetafel nicht. Jede Tafel muß auf bestimmte Kategorien von Rechtsbrechern abgestellt sein. Die interessante Arbeit schließt mit dem Hinweis, daß das neue Strafrecht, das den Begriff des Hangtätlers schafft, einen vermehrten Gebrauch der Prognosetafeln erforderlich machen wird.

B. MUELLER (Heidelberg)

Kunstfehler, Ärztereht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

Walter Loewe: **Rechtliche Gleichwertigkeit der Therapien? (Zur Frage des Einflusses medizinischer Richtungsgegensätze oder Meinungsverschiedenheiten auf die strafrechtliche Beurteilung des ärztlichen Eingriffs.)** Diss. München 1960. 85 S.

Die vorliegende Dissertation ist von dem medizinisch interessierten Münchner Strafrechtslehrer KARL ENGISCH veranlaßt worden. Verf. hat nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung Richtlinien ausgearbeitet. Danach ist der Arzt grundsätzlich zur Anwendung des Verfahrens verpflichtet, das den besseren und sicheren Erfolg verspricht. Wenn er anders handelt, muß er dafür sachliche Gründe anführen können. Bestehen Meinungsverschiedenheiten erheblicher Art,

so steht dem einzelnen Arzt die Entscheidung frei. Kann ein Arzt ein ihm bekanntes, aber von ihm abgelehntes, sonst jedoch bewährtes Verfahren nicht selbst durchführen, so ist er zur Zuziehung eines anderen Arztes oder zur Überweisung an einen anderen Arzt oder an ein Krankenhaus verpflichtet. Auf therapeutischem Gebiet kann von Kunstfehlern — so entnimmt Verf. den Entscheidungen — nur dann gesprochen werden, wenn fundamentale Regeln verletzt worden sind. Wird im Einzelfall eine umstrittene Methode angewandt, so muß die Aufklärung eine besonders sorgfältige sein. Die Entscheidungen und die sonstigen Schriftumsstellen, auf die sich Verf. stützt, sind exakt zitiert. Eine Entscheidung, nach welcher ein Arzt, der auf die Lehren der Homöopathie voll vertraut, eine Serumbehandlung der Diphtherie außer acht lassen kann, wird für sehr bedenklich gehalten (Entscheidung des RG vom 25. 6. 37, HRR 1938 Nr. 187). Die Schrift kann bei gegebener Notwendigkeit zum Nachschlagen wertvolle Dienste leisten.

B. MUELLER (Heidelberg)

Aufklärungspflicht des Arztes vor gefährlichen Behandlungen. Münch. med. Wschr. 101, 1235 (1959).

Verf. (Dr. St.) gibt einige Punkte aus der Entscheidung des BGH vom 9. 12. 1958 (VI ZR 203/57; NJW 1959, 811) wieder. Da diese Entscheidung selbst ausführlich referiert wird, erübrigt sich ein nochmaliges näheres Eingehen auf die Veröffentlichung des Verf. GÖPPINGER^{oo}

A. Scheicher: Haftpflichtfragen bei Rekurrensschädigung und Tetanie nach Kropfoperationen. [Chir. Abt., Krankenh., München-Nymphenburg.] Münch. med. Wschr. 101, 1737—1743 (1959).

Anlaß zu dieser Arbeit war eine Häufung von Haftpflichtprozessen und die eigene gutachtliche Tätigkeit des Verf. — Kunstfehler und besonders mangelnde Aufklärung spielen im heutigen Haftpflichtprozeß die Hauptrolle. — Bei den Kropfoperationen stehen die Schädigung der Stimmbandnerven und die Tetanie im Vordergrund. Die Arbeit stützt sich auf Erfahrungen an 32000 Kropfoperationen. — Erfahrungsgemäß sind Stimm- und Hustenstörungen, die schon während der Operation auftreten, fast ausschließlich durch Schädigungen des N. recurrens bedingt. Im Mittel $\frac{1}{3}$ dieser Lähmungen bildet sich innerhalb 8 Wochen bis maximal 6 Monaten wieder zurück. Störungen in den ersten postoperativen Tagen sind meistens durch Hämatome und Ödeme der Kehlkopfmuskulatur bedingt. Im Mittel $\frac{2}{3}$ dieser Fälle sind nach 8 Wochen bis maximal 6 Monaten wieder normalisiert. Aus dem laryngoskopischen Stimmbandbefund kann nicht auf völlige Durchtrennung oder Zerrung bzw. sonstwelche Schädigungen des Nerven geschlossen werden. Statistische Angaben über Recurrensschäden haben nur bei laryngoskopisch gesicherten Lähmungen einen Wert. In sehr vielen Fällen wird auch bei bestehender Recurrenslähmung die Stimme innerhalb 2—3 Monaten (ausnahmsweise bis 6 Monate) wieder klar und unauffällig. Nur $\frac{1}{5}$ bis höchstens $\frac{1}{3}$ aller Patienten mit postoperativer Recurrenslähmung bleiben dauernd heiser oder stimmgestört. Eine doppelseitige Recurrenslähmung bei Erstoperationen ist eine ungewöhnliche Seltenheit. Auch vor einer Erstoperation kommen Stimmbandlähmungen vor. Sie sind meist voll kompensiert und laryngoskopisch feststellbar, so daß die Forderung einer Laryngoskopie vor jeder Kropfoperation erhoben wird. Es gibt während der Operation kein Mittel, eine Recurrensschädigung mit Sicherheit zu vermeiden, so daß ein Kunstfehler kaum zu unterstellen sein wird. — Bei der Aufklärungspflicht muß streng zwischen Erstoperation und Rezidivoperation unterschieden werden. Die Zahl der endgültig verbleibenden Recurrenslähmungen bei Erstoperationen liegt zwischen 1 und 3%. Die Operationsmortalität liegt im Material des Verf. zwischen 0,7 und 0,8%. In 200—300 Fällen erforderte eine Nachblutung eine Wiedereröffnung der Wunde. Ganz ausgefallen selten sind Verletzungen des Oesophagus oder Pneumothorax. Sympathicusverletzungen mit Horner-Syndrom liegen weit unter 1%. Wundinfektionen sind nicht häufiger als bei anderen aseptischen großen Operationen. In $3\frac{1}{2}$ Jahren wurden bei Verwendung von nicht resorbierbaren Fäden in 1,75% Fadenfisteln gesehen. Da also die Komplikationen 3% bei einer Erstoperation nicht übersteigen, hält Verf. eine Aufklärung nicht für erforderlich. Bei Sängern, Schauspielern, Geistlichen und Lehrern ist eine Aufklärung zweckmäßig. Auch bei „Schönheitsoperationen“ sollte man eine Aufklärung vornehmen. — Bei Rezidivoperationen muß mit einer bleibenden Recurrensschädigung in 15—30% der Fälle gerechnet werden, von denen $\frac{1}{3}$ sicher auch stimmgestört bleibt, so daß eine Aufklärung erfolgen muß. Über 10% der Patienten mit einem Strumarezidiv hat präoperativ eine Recurrenslähmung, so daß eine Spiegeluntersuchung vor der Operation dringend empfohlen wird. — Eine Aufklärung über die postoperative Tetanie erscheint (auch nach Auffassung von juristischer Seite) nicht erforderlich. Unverständlich ist, daß die Frage,

ob der Kranke aufgeklärt werden muß, nicht in das Ermessen des Arztes gegeben ist, sondern „eine vom Richter nachzuprüfende Rechtsfrage darstelle“.
BORM (Kiel)^{oo}

W. Perret: Der Umfang der Aufklärungspflicht für Komplikationen nach Kropfoperationen. Münch. med. Wschr. 101, 1744—1745 (1959).

Eine große Rolle in der Arzthaftpflicht spielt die unterlassene oder unzureichende Aufklärung des Arztes gegenüber dem Patienten über Komplikationen bei diagnostischen und therapeutischen Handlungen. Das Ausmaß der erforderlichen Aufklärung wird von der *Komplikationsdichte* des beabsichtigten Eingriffes abhängig gemacht. Liegt diese unter 1—3%, wird sie als nichtaufklärungsbedürftig — aufklärungspflichtig betrachtet. Bei allen Zahlenangaben zur Komplikationsdichte von Nervenschäden nach Kropfoperationen muß streng unterschieden werden in vorübergehende und bleibende, einseitige bzw. doppelseitige Recurrensschäden bzw. Posticuslähmungen nach Erst- bzw. Zweitoperationen des Kropfes. Im Schrifttum finden sich nur vereinzelt gereinigte statistische Zahlen. — Die Komplikationsdichte der bleibenden einseitigen Recurrensschädigung nach Erstkropfoperation beträgt nach dem Schrifttum 1—3%. Über beidseitige vorübergehende wie bleibende Recurrensschädigungen finden sich im Schrifttum keine Angaben zur Komplikationsdichte. Es ist aber bekannt, daß dies absolut seltene unvermeidbare Komplikationen sind. Ebenso sind im Schrifttum keine Zahlen über einseitige wie doppelseitige vorübergehende und bleibende Posticuslähmungen zu finden. Hierbei dürfte die Komplikationsdichte jedoch weit unter 1% liegen. Nach Zweit-Kropfoperationen sind jedoch Recurrens- wie Posticuslähmungen vorübergehend wie bleibend häufig. Die Komplikationsdichte liegt über 10%! Das zeigt, daß der Gutachter, wenn er sich zur Komplikationsdichte äußert, vorsichtig sein muß. Es dürfen nicht veraltete statistische Erhebungen benutzt werden.

BORM (Kiel)^{oo}

W. Perret: Aufklärungspflicht und Kropfoperationen. Münch. med. Wschr. 102, 815 (1960).

Eine Kropfoperation verursachte eine doppelseitige Stimmbandlähmung. Zu einer einseitigen Stimmbandlähmung kommt es in 1—2% der Fälle, zu einer doppelseitigen Stimmbandlähmung in 0,05—3,3% der Fälle. Das Landgericht Oldenburg lehnte in einer Entscheidung vom 20. 20. 1959 Aktz.: I 0 42/59 eine Entschädigung ab. Der BGH ist der Auffassung, daß der Arzt nur dann verpflichtet ist, über Komplikationsfolgen nach Operationen aufzuklären, wenn sie in etwa 7% der Fälle auftreten (Entscheidung vom 5. 12. 1958). B. MUELLER (Heidelberg)

E. Bartsch: Zur Frage der psychischen Traumatisierung durch ärztliche Eingriffe im Kindesalter. [Inst. f. Sozialhyg., Akad. f. Sozialhyg., Arbeitshyg. u. ärztl. Fortbild., Berlin-Lichtenberg.] Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) 12, 109—118 (1960).

M. Leconte: De l'intérêt d'établir une statistique des accidents thérapeutiques en pratique psychiatrique. (Über das Interesse an der Einrichtung einer Statistik der therapeutischen Zwischenfälle in der psychiatrischen Praxis.) [Soc. de Méd. lég. et de Criminol. de France, 13. X. et 17. XI. 1958.] Ann. Méd. lég. 39, 231—239 (1959).

Die Gefahren der elektrischen und medikamentösen Schockbehandlungen, der Neuroplegia und der Fieberkuren werden hervorgehoben. Um ihnen zu begegnen muß die Einrichtung und das Personal eines psychiatrischen Krankenhauses ebenso biologisch-medizinisch ausgerichtet sein wie in einem allgemeinen Krankenhaus. Seitens der Verwaltung wird dies nicht erkannt und die notwendigen Mittel und organisatorischen Maßnahmen werden den psychiatrischen Häusern vorenthalten. Die offizielle Doktrin, die die psychologischen und sozialen Behandlungsmethoden in der Psychiatrie ganz in den Vordergrund stellt, leistet dem Unverständnis der Verwaltung Vorschub. Eine genau abgegrenzte obligatorische Meldung der Zwischenfälle in der psychiatrischen Therapie soll helfen, die wirklichen Verhältnisse klarzustellen. — In der Diskussion unterstützt DENIKER die Auffassung von LECONTE, hebt aber hervor, daß, gemessen an den Erfolgen der neuen therapeutischen Methoden, die schweren Zwischenfälle glücklicherweise sehr selten sind. MOSINGER unterstreicht die Notwendigkeit kostspieliger medizinischer Einrichtungen und spezialisierter Mitarbeiter und weist auf die Verantwortung der öffentlichen Hand hin.

WITTER (Homburg)^{oo}

G. z. Art. 131 GG §§ 3 Ziff. 3a, 4 Abs. 2 (Grundsätze der Menschlichkeit). Ein Anstaltsarzt, der in der letzten Phase des Krieges geisteskranke Anstaltsinsassen durch ärztliche Eingriffe (hier Luminaleinspritzungen) getötet hat, hat dann nicht gegen

die Grundsätze der Menschlichkeit verstoßen, wenn dies aus Mitleid geschah, weil die Betroffenen infolge der katastrophalen Versorgungslage dem Hungertod ausgeliefert waren. [VG Bremen, Urt. v. 8. X. 1959; II A 47/59.] Neue jur. Wschr. A 13, 400—401 (1960).

Die Anstalt wurde mit Patienten überflutet. Lebensmittel waren nicht vorhanden, die Kranken waren völlig entkräftet. Die Luminaldosis war nicht höher als sonst eine therapeutische, sie wirkte nur deshalb tödlich, so wird im Urteil ausgeführt, weil der Schwächezustand der Patienten sehr groß war. Der Arzt war früher vom Schwurgericht Dresden deswegen zu einer Zuchthausstrafe von 15 Jahren verurteilt worden, und zwar wegen eines Verbrechens gegen die Menschlichkeit.
B. MUELLER (Heidelberg)

BGB § 852 (Beginn der Deliktsverjährung). Die Unkenntnis eines weiteren rechtlichen Gesichtspunktes (hier: ärztliche Aufklärungspflicht), der die Schadensersatzansprüche gegen den dem Verletzten bekannten Ersatzpflichtigen zusätzlich begründen könnte, vermag den Beginn der Deliktsverjährung nicht hinauszuschieben. [BGH, Urt. v. 20. X. 1959; VI ZR 166/58, Hamburg.] Neue jur. Wschr. A 13, 380 bis 381 (1960).

Ein Mann wurde wegen Ischias in einem Krankenhaus untersucht. Als Ursache wurde ein Bandscheibenvorfall festgestellt. Dieses Leiden wurde auch von einem hinzugezogenen Neurologen bestätigt. Der Chirurg des Krankenhauses operierte und nahm mehrere Lendenwirbeldornfortsätze fort. Nach der Operation zeigten sich Ausfallserscheinungen am rechten Bein, es wurde völlig anaesthetisch und mußte schließlich wegen der Bildung zahlreicher Geschwüre abgesetzt werden. Der Kläger ließ die Deliktsverjährungszeit verstreichen, er klagte erst danach. Der BGH ist der Auffassung, daß die Verjährungszeit in diesem Falle erst begann, als der Kläger davon Kenntnis genommen hatte, daß der Arzt ihn hätte aufklären müssen.

B. MUELLER (Heidelberg)

G. Herold: Die Stellung des Richters gegenüber ärztlichen Sachverständigengutachten. Med. Mschr. 14, 330—332 (1960).

GG Art. 14 (Aufopferungsansprüche wegen Impfschadens, Merkblattimpfung). Das einen Aufopferungsanspruch wegen Impfschadens begründende Abverlangen eines Sonderopfers an der Gesundheit kann auch darin bestehen, daß der Staat zu einer — in der Regel ungefährliehen — allgemeinen Schutzimpfung rät, wenn der Geschädigte oder der Erziehungsberechtigte erwartungsgemäß der Impfung zustimmt, weil er dem Rat vertraut und sich der Rücksicht auf das Gemeinwohl fügt (Erweiterung gegenüber BGHZ 24, 45 = NJW 57, 948 — Merkblattimpfung). [BGH, Urt. v. 23. X. 1959; III ZR 146/58, München.] Neue jur. Wschr. A 13, 379—380 (1960).

Es handelte sich um eine Calmette-Impfung. 5 Tage nach der Impfung, die durch einen Tuberkulosefürsorgearzt eines Gesundheitsamtes durchgeführt worden war, entstand eine disseminierte Myelitis, die zu einer Querschnittslähmung führte. Die Impfung war erfolgt auf Grund eines Merkblattes der bayerischen Regierung. Ein Zwang war nicht ausgeübt worden. In dem Merkblatt war jedoch auf etwaige Gefahren der Impfung nicht hingewiesen worden.

B. MUELLER (Heidelberg)

StPO § 53 Ziff. 3 u. Abs. 2 (Ärztliche Schweigepflicht, Befreiung durch hinterlassenen Brief). Ob der Arzt von seiner Schweigepflicht entbunden ist, ist keine Gewissens-, sondern eine Rechtsfrage. Befreiung von der Schweigepflicht kann in der Zeugenbenennung des Arztes in einem hinterlassenen Brief liegen. — Bei Bemessung einer Ordnungsstrafe für Zeugnisverweigerung sind Bedeutung der Aussagen für den Prozeß und der Grund des Ungehorsams zu berücksichtigen. [BDH, Wehrdienstsenat, Beschl. v. 25. IX. 1958; W DB 9/58.] Neue jur. Wschr. A 13, 550—552 (1960).

Gegen einen Hauptmann schwebte ein Disziplinarverfahren. Seine Ehefrau war mit ihren beiden Kindern wegen Ehezerstörung aus dem Leben geschieden; sie hatte die Verhältnisse vorher einem Offizier und einem Sanitätsoffizier geschildert. Der Arzt hatte jedoch in dem Verfahren die

Aussage verweigert. Er vertrat — unterstützt von seinen militärärztlichen Vorgesetzten — die Auffassung, daß es in seinem Belieben stehe, auszusagen oder nicht auszusagen. Er war wegen Aussageverweigerung bestraft worden. Der Wehrdienstsenat war der Auffassung, daß der Arzt durch die Benennung eines Zeugen in dem Brief der verstorbenen Ehefrau vom Berufsgeheimnis befreit worden war; es war demnach seine Pflicht, auszusagen. B. MUELLER (Heidelberg)

C. Dierkes: Offenbarungspflicht des Arztes im Hinblick auf die verkehrsmedizinischen Probleme. [23. Tag., Verh. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk. Vers., Versorg. u. Verkehrs-med., Berlin, 7.—8. V. 1959.] Hefte Unfallheilk. H. 62, 9—14 (1960).

Im Rahmen seiner Ausführungen weist Votr. darauf hin, daß beamtete Ärzte pflichtgemäß handeln, wenn sie in diesem oder jenem Falle einer Behörde gesundheitliche Zustände eines Anwärters für den Führerschein offenbaren, auch wenn dies gegen die Interessen des Erkrankten geht. Die Amtspflicht überwiegt hier das Bedürfnis nach Geheimhaltung. Verf. hat Erhebungen angestellt, inwieweit Hirnverletzte den Führerschein haben. Nach ihrem Ergebnis hatten von 373 Hirnverletzten mit Anfällen 17% den Führerschein, er war z.T. schon vor der Verletzung erworben worden. Über Unfälle war nichts bekanntgeworden, was allerdings nicht sagt, daß doch Unfälle vorgekommen sind. Votr. stellt sich auf den Standpunkt, daß der Arzt in solchen Fällen im Zweifel Bedenken gegen die Erteilung des Führerscheines vorbringen soll. Nach seiner Meinung ist es am besten, wenn dieser Personenkreis lt. Gesetz oder Verordnung in gewissen Abständen systematisch durchuntersucht würde. Dann bliebe den Ärzten sehr viel Kummer erspart. Ein Hirnverletzter wurde von seinem Versorgungsamt darüber aufgeklärt, daß er fahruntüchtig sei. Es wurde ihm geraten, den Führerschein zurückzugeben. Er tat dies nicht und hatte kurz darauf einen Unfall. Man versuchte, das Versorgungsamt für den Unfall haftbar zu machen. Da aber der Beschädigte aufgeklärt worden war, andererseits in seiner Zurechnungsfähigkeit nicht beschränkt war, konnte diese Klage keinen Erfolg haben. Dieser Fall zeigt aber, daß eine Haftbarmachung des behandelnden Arztes für die unterlassene Aufklärung oder gegebenenfalls für die unterlassene mögliche Verhinderung eines Verkehrsunfalles denkbar ist.

B. MUELLER (Heidelberg)

Hess. G über d. Berufsvertretungen u. über d. Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker v. 10. 11. 1954 (Hess. GVBl. 193) § 26; VerfahrensO f. d. Berufsgerichte u. d. Landesberufsgericht f. Heilberufe v. 4. 11. 1958 (Hess. GVBl. 167); Hess. Verf. Art. 118, 131 ff.; GG Art. 80 (Verfassungsmäßigkeit von Vorschr. d. Hess. Berufsgerichtsverfahrens f. Heilberufe). Neue jur. Wschr. A 13, 717—718 (1960).

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

● **Walther Schönfeld: Körperbemalen. Brandmarken. Tätowieren. Nach griechischen, römischen Schriftstellern, Dichtern, neuzeitlichen Veröffentlichungen und eigenen Erfahrungen, vorzüglich in Europa.** Heidelberg: Dr. Alfred Hüthig 1960. 156 S. u. 84 Abb. Geb. DM 16.80.

Der emeritierte Vertreter der Dermatologie an der Universität Heidelberg, der sich schon immer mit Geschichte der Medizin befaßte und auch jetzt die Geschichte der Medizin in Heidelberg vertritt, hat alles zusammengetragen, was auf diesem Gebiete bemerkenswert ist. Fast jeder Satz ist durch Literaturangaben exakt belegt; sie beginnen mit dem klassischen Altertum. Texte und Verse werden auch in deutscher Sprache gebracht. Griechische Zitate werden auch lateinisch umschrieben. Körperbemalen geschah zu kultischen Zwecken, um den Feinden Schrecken einzujagen und um sich zu schmücken, mitunter auch, um die Identität zu verbergen. Brandmarken wurden gesetzt als Eigentums- und Zugehörigkeitszeichen, sogar bei römischen Rekruten, im späteren römischen und deutschen Recht auch als Zeichen der Strafe. Benutzt wurden, außer besonderen Stempeln auch Münzen, in einer Stadt sogar das Falschgeld. In der Medizin des Altertums und des Mittelalters fehlt es nicht an Hausmitteln, die dazu dienen sollen, die Brandmarken zu überdecken. Sie werden Stigma genannt, der Gerichtsmediziner ZACHIA benutzt dieses Wort daneben auch für andere Hautveränderungen, die durch Krankheit entstanden sind. Das Tätowieren wird schon im Alten Testament genannt. Die Griechen sprachen von *στίλξιν*