

Elmer H. Johnson: Sociology of confinement: Assimilation and the prison "rat". (Soziologie der Haft: Angleichung und die sog. Gefängnisratte.) *J. crim. Law Pol. Sci.* 51, 528—533 (1961).

In dieser Arbeit berichtet Dr. ELMER H. JOHNSON, Assistant Director of Prisons, North Carolina Prison Department, früher Associate Professor of Sociology, North Carolina State College, Raleigh, über seine neuesten Studien an 50 Gefangenen, welche im Streit mit ihren Mitgefangenen waren, gewöhnlich infolge Bereitwilligkeit, aus persönlichem Vorteil Informationen der Gefängnisverwaltung zu geben. Die studierten Gefangenen wurden zuerst in eine Anzahl von Untergruppen unter zwei Hauptgesichtspunkten — angeglichene rats und nicht angepaßte rats — aufgeteilt. Vermittels der Darstellung der Übertretungsergebnisse der Hausordnung versucht Verf. anhand von 2 Tabellen ein grobes Kennzeichen als Antwort der verschiedenen Kategorien von rats bezüglich ihrer bestimmten Rollen und auf die soziale Umgebung der Haft zu geben.

RUDOLF KOCH (Coburg)

Marvin E. Wolfgang: Quantitative analysis of adjustment to the prison community. *J. crim. Law Pol. Sci.* 51, 607—618 (1961).

Die Reform des Besserungsanstaltssystems. *Quad. Crim. clin.* 2, 433—436 (1960).

Am 19. 7. 1960 verkündete der italienische Justizminister Prof. Dr. GUIDO GONELLA einen neuen Gesetzentwurf „Besserungsanstalt-Anordnung und Minderjährigkeitsverbrechen-Verhütung“. Psychiater, Psychologen, Erzieher und Sozialassistenten helfen mit, die verschiedenen Sträflingsgruppen in die soziale Umwelt wieder einzugliedern. Am Anfang der Vollstreckung der Freiheitsstrafe steht eine Untersuchung bzw. Beobachtung. Es handelt sich um Verbesserungen der Gesetze von 1955 und 1956, die Minderjährigen betreffend. Bezüglich der Erwachsenen sind nur kleine Abänderungen, die mehrere Strafmilderungen brachten, am Gesetz vom 18. Juni 1931 gemacht worden.

RUDOLF KOCH (Coburg)

M. Colin et F. Dagonnet: Aspects sociopathiques de la condamnation à mort. (Soziopathische Gesichtspunkte der Todesstrafe.) *Ann. Méd. lég.* 40, 496—508 (1960).

Unter dem Vorsitz von MARC ANCEL hat sich 1959 bei der Französischen Zentrale für Rechtsvergleichung eine Studienkommission konstituiert, die sich mit Problemen der Todesstrafe beschäftigt und eine Reihe von Berichten für die beratende Europäische Gruppe für Verbrechensverhütung und Strafgefangenenbehandlung vorbereitet hat. Im Zusammenhang damit befassen sich die Verf. unter Zugrundelegung der Erfahrungen der klinischen Kriminologie mit einer psycho-soziologischen Klärung des Phänomens der Todesstrafe; der Aufsatz ist die Wiedergabe eines vor der Studienkommission gehaltenen Vortrages. Er betrachtet die Dinge weitgehend vom Standpunkt des Psychoanalytikers aus. Verf. beginnen mit einer phänomenologischen Skizzierung der Persönlichkeit des zum Tode Verurteilten. Sie setzen die Verurteilung zum Tode einer Krankheit gleich, die wenig bekannt und wenig erforscht ist und — wie jede Krankheit — in Etappen verläuft. Demgemäß setzen sie den zum Tode Verurteilten einem Kranken gleich. Die zum Tode Verurteilten unterscheiden sich weniger der Persönlichkeit nach, als nach der Situation, in die sie verwickelt worden sind. Das Todesurteil trifft sie in unterschiedlicher Weise, wobei Verf. drei Hauptgruppen nennen: diejenigen, die den bevorstehenden Tod als verdiente oder erstrebte Sanktion hinnehmen (Verf. bringen sie in Verbindung mit selbstbestrafenden, masochistischen Gedanken, gewissermaßen als „Selbstmord durch die Hand Dritter“), diejenigen, die in dem ihnen auferlegten Tod ein theatralisches Spiel sehen, diejenigen schließlich, die überschwänglich sentimental ihr Schicksal betrachten. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß diese Betrachtungsweise zuviel in die Betroffenen hineingeheimnißt und ihnen psychische Situationen unterstellt, die in Wahrheit keineswegs vorhanden sind. In einem zweiten Teil, einer anthropologischen Skizze, beschäftigen sich die Verf. mit der Gruppe, die das Todesurteil fällt, auch hierbei psychoanalytische Erwägungen in den Vordergrund rückend. Sie kommen zu dem Ergebnis, daß die Todesstrafe eine soziale Überlebtheit darstellt. Die Arbeit scheint nicht besonders geeignet, die Problematik der Todesstrafe und die Auseinandersetzung um sie einer Klärung näherzubringen.

KONRAD HÄNDEL (Karlsruhe)

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

● **Handbuch der Urologie.** Hrsg. von C. E. ALKEN, V. W. DIX, H. M. WEYRAUCH u. E. WILDBOLZ. Bd. 13/1: WALTER BISCHOF, PETER BISCHOFF, CURT FRANKSSON, RUDOLF FREY, J. HARTWELL HARRISON, JOHN HELLSTRÖM u. WILHELM TÖNNIS:

Operative Urologie I. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1961. XI, 460 S. u. 183 Abb. Geb. DM 176. —; Subskriptionspreis DM 140.80.

Rudolf Frey: **Anaesthetische Vor- und Nachbehandlung.** S. 1—110.

Die Monographie „Anaesthetische Vor- und Nachbehandlung“ bildet einen Teil des Handbuchs der Urologie. In den ersten beiden Kapiteln werden Voruntersuchung, Vorbehandlung und Prämedikation übersichtlich besprochen. Im Kapitel der Lokal- und Leitungsanaesthetie werden eingangs pharmakologische Probleme abgehandelt, anschließend folgt eine knappe übersichtliche Darstellung der einzelnen Arten der Lokalanästhetie (Oberflächen-, Infiltrations-, Leitungs-, Depot-, Lokal-, Paravertebral- und Parasacral-, Sacral-, Peridural-, Spinalanaesthetie). Es folgt die Darstellung der Allgemeinanaesthetie, die mit den physiologischen Grundlagen beginnt. Anschließend folgt die Besprechung der intravenösen, der Inhalations-, der Hypno- und der Kombinationsnarkosen. Anschließend werden die Adjuvantien der Anaesthetie (endotracheale Intubation, Muskelrelaxierung, künstliche Hypotonie, künstliche Hypothermie) ausführlich besprochen. Nach der Erläuterung der Komplikationen der Vorbehandlung und der Anaesthetie werden die Indikationen der verschiedenen Anaesthetieverfahren besprochen. Es folgt breit und übersichtlich dargestellt das Kapitel der Anaesthetie für spezielle urologische Eingriffe. Abschließend wird den Fragen der Nachbehandlung der Anaesthetie ein Kapitel gewidmet. Die vorliegende Monographie kann dem Gutachter, der sich ja immer wieder kritisch mit Narkosezwischenfällen auseinandersetzen muß, zum Studium und als Nachschlagwerk empfohlen werden.

SPANN (München)

● Klaus Jarosch, Otto Müller und Josef Piegler: **Das Schmerzgeld in medizinischer und juristischer Sicht.** Wien: Manzsche Verlags- u. Universitätsbuchhandl. 1960. 115 S. DM 7.70.

Der medizinische Teil befaßt sich mit der Definition des Schmerzes, mit seinen Ursachen, mit der unterschiedlichen Schmerzempfindung und mit den Methoden der Schmerzbekämpfung. Neben diesen allgemeinen Fragen werden zahlreiche spezielle Begutachtungsfragen, wie z. B. der Kausalzusammenhang und die Schmerzzustände bei den einzelnen Krankheitszuständen, bei Komplikationen im Heilungsprozeß und bei den Dauerfolgen besprochen. Der juristische Teil betrifft ausschließlich die österreichische Gesetzgebung und Rechtsprechung.

ROMMENEY (Berlin)

● **Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses.** Hrsg. u. komment. von ALEXANDER MITSCHERLICH und FRED MIELKE. (Bücher d. Wissens. Nr. 332.) Frankfurt a. M. u. Hamburg: Fischer-Bücherei 1960. 296 S., 5 Abb. u. 2 Tab. DM 3.30.

Die Verf. legen ihre zunächst im Auftrage des 51. Deutschen Ärztetages (1948) für die westdeutschen Ärztekammern herausgegebene Dokumentation in der Fischer-Bücherei einer breiteren Öffentlichkeit vor. Sie enthält dokumentarische Berichte über die während des Dritten Reiches durchgeführten Versuche an KZ-Insassen (Unterdruck- und Unterkühlungsversuche, Versuche zur Trinkbarmachung von Meerwasser, Fleckfieber-Impfstoff-Versuche, Hepatitis epidemica — Virus-Forschung, Sulfonamid-, Knochentransplantations- und Phlegmonenversuche, Lost- und Phosgenversuche), über die jüdische Skelettsammlung für die „Reichsuniversität“ Straßburg, über das Euthanasieprogramm, die Ausmerzungen unerwünschten Volkstums und die Massensterilisation. Ausführlich wird das allgemeine Beweismaterial über Humanversuche und ärztliche Ethik dargestellt, das im Nürnberger Ärzteprozeß seitens der Anklage und der Verteidigung vorgelegt wurde. Der Verlauf des Gerichtsverfahrens und die rechtlichen Grundlagen des Urteilspruches werden geschildert. Das Buch ist mit zahlreichen Anmerkungen der Verf. und mit einem Namensverzeichnis versehen. — Die Verf. wollen mit diesem Buch ein Teilstück einer Zeitchronik geben. In erschreckendem Maße wird darin deutlich, welche Untaten unter Ausnutzung der fehlenden Menschlichkeit bei den hörigen und halbhörigen Helfern des Dritten Reiches unter dem Deckmantel der Wissenschaft begangen wurden. Es ist in diesem Buche nicht formuliert, worin diese Menschlichkeit bestehen müßte. Es geht aber deutlich daraus hervor, daß diese Menschlichkeit nicht etwa erst im Dritten Reich verlorengangen ist. Ihr Fehlen führte lediglich unter den besonderen Bedingungen des Regimes zu den geschilderten Untaten. Die Lektüre dieser Dokumentation zwingt zur Besinnung. Sie darf besonders der heranwachsenden Ärztesgeneration nicht erspart werden, wenn auch der etwas blasse Begriff der Menschlichkeit allein kaum dazu genügen dürfte, eine ärztliche Haltung zu begründen, die sich in der Situation des totalitären Regimes bewähren würde.

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

George S. Heilpern and Arthur H. Schatz: **Responsibilities of the legal profession to forensic sciences.** [12. Ann. Meet., Amer. Acad. of Forensic Sci., Chicago, 3. III. 1960.] *J. forensic Sci.* 6, 207—214 (1961).

John H. Heald: **Iatrogenic perforation of the esophagus.** (Über iatrogene Oesophagus-perforationen.) [Dept. of Radiol., San Francisco Gen. Hosp., San Francisco.] [89. Ann. Sess., California Med. Assoc., Los Angeles, 21.—24. II. 1960.] *Calif. Med.* 94, 83—87 (1961).

Verf. berichtet, daß in den Jahren 1947—1959 im Krankenhaus von San Francisco bei 10 Patienten nach Untersuchung des Oesophagus (Röntgenuntersuchung mittels Kontrastmittel, Oesophagoskopie) Perforationen des Oesophagus beobachtet wurden. Drei Patienten kamen ad exitum. Er empfiehlt nach instrumenteller Untersuchung des Oesophagus die Patienten 24 Std zu beobachten.
E. STICHTOTH (Darmstadt)

E. Trube-Becker: **Erstickung in Steinschnittlage.** [Inst. f. gerichtl. Med., Med. Akad., Düsseldorf.] *Med. Klin.* 55, 2213—2215 (1960).

Bei einem 64 Jahre alten Rentner kam es plötzlich während der Abtragung eines Mastdarm-polypen in Narconumal-Narkose nach Herz- und Atemstillstand zum Exitus. Während der Operation war der Patient in Steinschnittlage gelagert. — Bei der Obduktion befand sich im linken Zwerchfell eine für vier Finger durchgängige Öffnung mit Verlagerung des Magens in die linke Brusthöhle und teilweiser flächenhafter Verwachsung auf der Brustfelleite mit der Zwerchfellhälfte. Reposition durch den Schlitz nicht möglich. Ferner Verlagerung von Bauchspeicheldrüse, Teilen des großen Netzes und Fettzotten des Dickdarms. — Die sehr große Zwerchfellhernie wird als unmittelbare Ursache des plötzlichen Todes angesehen. Durch die bei der Operation eingenommene Steinschnittlage konnten neben dem Magen die anderen Organe in die Brusthöhle eindringen. Kompression von Herz und Lunge, Behinderung der Zwerchfellbewegungen führten zum Erstickungstod. — Die rechtliche Frage des ärztlichen Verschuldens wird verneint. Der Patient hatte über keine Beschwerden geklagt. Herz- und Kreislauf waren dem Alter entsprechend. Eine Dämpfung des Klopfeschalles über der linken Brustseite konnte auf die vorhandene sehr starke Adipositas zurückgeführt werden. Weitere Untersuchungen hätten zu keiner Klärung der wahren Verhältnisse führen können. Bei dem geringfügigen Eingriff sei der Tod durch Erstickung infolge mechanischer Behinderung der Atemtätigkeit nicht voraussehbar gewesen. Die Voraussehbarkeit müsse aber bejaht werden, wenn der gleiche Arzt einen ähnlichen Fall wieder zu behandeln hätte. Das gleiche gelte für den Ärztekreis, der durch diese Mitteilung auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sei.
JANITZKI (Bonn)

H. R. M. Johnson: **Therapeutic accidents. Adrenaline poisoning.** (Therapieunfälle — Adrenalinüberdosierung.) [Dept. of Forensic Med., London Hosp. Med. Coll., London.] [Brit. Assoc. in Forensic Med., Oxford, 26.—27. VI. 1959.] *J. forensic Med.* 7, 198 bis 205 (1960).

In den letzten 8 Jahren wurden am Londoner Institut für Gerichtliche Medizin drei letal endende Fälle von Adrenalinüberdosierung sowie ein Fall von Hyperadrenalinämie beobachtet. 1. Bei einer 31jährigen Tänzerin sollte eine Mammoplastik durchgeführt werden. Infolge falscher Beschriftung der verwendeten Adrenalin- und Novocainlösungen kam es zu einer Adrenalinüberdosierung. Die Patientin verstarb 10 min p. i. unter Schmerzen, Zeichen von Übelkeit und Erbrechen. Obduktionsbefund: weite Pupillen, rechtes Herz dilatiert, linkes Herz kontrahiert, Blutstauung in Leber und Nieren, vermehrte Gefäßzeichnung der Bronchial- und Mundschleimhaut. — 2. Bei einem 21jährigen stud. med. sollte eine Caldwell-Luc-Operation durchgeführt werden. Nach entsprechender Operationsvorbereitung wurden in den harten Gaumen 8 ml Adrenalin, verdünnt in Kochsalzlösung, injiziert, auf die er mit starker Puls- und Atembeschleunigung reagierte. Gaben von Coramin und Procain i.v. und intrakard. sowie Sauerstoffbeatmung und Herzmassage vermochten den Tod nicht zu verhindern, der 40 min nach der Adrenalininjektion eintrat. — Die Untersuchung der in Fall 1 und 2 verwendeten Adrenalinlösung ergab eine Konzentration von 1:100 und nicht, wie gewünscht, 1:50000. — 3. Bei einer 29jährigen Erstgebärenden soll während der Geburt eine Episiotomie durchgeführt werden. Statt einer Procainlösung injiziert der Arzt 6 ml der ihm gereichten Adrenalinlösung. Nach 2—3 min treten bei der Patientin Kopfschmerz und Schmerzen in der Kehle auf, plötzlich Blässe, Vollnarkose. Das Kind wird lebend geboren. Episiotomienah. Tod der Mutter noch in der Narkose. — Die Obduktionsbefunde aller drei Casus waren unspezifisch. Versuche, das injizierte Material aus den Geweben herauszulösen, verliefen erfolglos, da das Adrenalin schnell abgebaut wird und aus den

Gewebe verschwindet. Erst die Prüfung der injizierten Flüssigkeiten ermöglichte die sichere Feststellung der Todesursache. — Die Hyperadrenalinämie des vierten Falles war durch ein ausgedehntes Paraganliom oberhalb der linken Nebenniere verursacht. Der Tod des Patienten trat während der Narkose ein. — Es folgt eine Übersicht der pharmakologischen und toxischen Effekte des Adrenalin und Noradrenalin sowie ein Hinweis auf weitere, in der Literatur beschriebene Fälle von letal und nichtletal endender Adrenalinüberdosierung. BUNDSCHUH (Berlin)

Symposium. Deaths due to anesthesia. Deaths Associated with Anesthesia. Evaluation of 195 Personally Autopsied Cases During a 30-Month Period. (Symposium über Anaesthetie-Todesfälle. — Todesfälle in Verbindung mit Anaesthetie. Eine Bewertung von 195 eigenhändig obduzierten Fällen während einer Zeit von 30 Monaten.) [Amer. Acad. of Forensic Sci., Chicago, 3. III. 1960.] *J. forensic Sci.* 5, 501—523 (1960).

Der Todesfall in Verbindung mit Anaesthetie ist häufiger als Selbstmord, Mord oder Verkehrsunfall. In den USA werden jährlich über 8 Millionen Anaesthetien für chirurgische und über 4 Millionen für geburtshilfliche Zwecke gegeben. Die Zahl der zahnärztlichen Anaesthetien liegt vielleicht noch höher. Die Literatur über diese Fälle ist umfangreich. Exakte Obduktionsbefunde fehlen aber meist. Die Fälle werden dadurch unzuverlässig und führen leicht zu Fehlschlüssen. Auf Grund seiner Erfahrungen an 195 Obduktionen kommt Verf. zu dem Schluß, daß der Anteil der echten Narkosetodesfälle weit überschätzt wird. Der „Anaesthetietodesfall“ sollte unterschieden werden vom „Tod in Verbindung mit Anaesthetie“, worunter alle Todesfälle verstanden werden, die von Einleitung der Anaesthetie bis zur Wiedererlangung des Bewußtseins vorkommen. Dabei zeigt sich, daß die meisten Todesfälle Folgen chirurgischer Fehlleistungen sind. In 125 Fällen (64%) waren es chirurgische Faktoren, die den Tod des Patienten verursachten. In 5,1% war die Anaesthetie Todesursache. Bei weiteren 5,1% waren Anaesthetie und Chirurgie in gleicher Weise beteiligt. Genaue Untersuchungen werden den „unerklärbaren“ Todesfall immer seltener werden lassen. BACH (Heidelberg)^{oo}

L. Klimpel: Explosionsgefahren in der Anästhesie und ihre Vermeidung. [Chir. Klin., Univ., Leipzig.] *Z. ärztl. Fortbild.* 55, 225—232 (1961).

J. B. Lien: Cases of sudden death during Marsilid-treatment. (Plötzliche Todesfälle bei Marsilidbehandlung.) [Gaustad Sykeh., Vinderen/Oslo.] [Symp.: Pharmaka m. Wirk. auf d. Monoamin-Stoffwechsel d. Zentralnerv.-Syst., Bad Nauheim, 26. bis 27. VI. 1959.] *Psychiat. et Neurol. (Basel)* 140, 131—132 (1960).

Im Gegensatz zu einer vorhergehenden Reihe von 74 Patienten, bei denen nach 75—150 mg Marsilid pro Tag während mehrerer Monate keine ernststen Komplikationen auftraten, starben jetzt von weiteren 76 insgesamt 4. Beim ersten, der wie der zweite offenbar schon früher an Angina pectoris erkrankt war, ergab die Sektion einen frischen Coronarverschluss, beim zweiten, der außerdem dekompensiert war und Ro 4-1027 statt Marsilid erhalten hatte, eine Lungenembolie, beim dritten, einem 64 Jahre alten Diabetiker, der eine Prostataktomie durchgemacht hatte und plötzlich beim Treppensteigen verstarb, eine Coronarsklerose mit altem Hinterwandinfarkt. Der vierte, eine 69jährige Frau, starb im Anschluß an eine Schenkelhalsfraktur, nachdem sich noch eine Hemiparese ausgebildet hatte, im Koma bei einer Temperatur von 41,6°, ohne daß sich auch bei der Sektion ein abnormer Befund habe erheben lassen.

K. HEROLD (Grimma-Leipzig)

W. Kothe und R. Reding: Komplikationen bei Aorto- und Arteriographien. [Chir. Klin., Univ., Leipzig.] *Zbl. Chir.* 86, 40—48 (1961).

Zwischen 1952 und 1959 wurden an der Chirurgischen und Radiologischen Klinik der Univ. Leipzig bei 135 Patienten Aortographien und 76 Femoralisarteriographien durchgeführt. Bei der Aortendarstellung wurden 23 = 18% Komplikationen registriert und bei der peripheren Arteriographie insgesamt 11 = 14%. Keine der Komplikationen verlief tödlich. Es handelte sich um Kontrastmittelunverträglichkeit, fehlerhafte Injektion, Nachblutungen, Thrombosen und Narkosezwischenfälle. Bei 2 Patienten hatte die Femoralisangiographie die Amputation des betreffenden Beines zur Folge. Bei dem einen Kranken kam es nach der Arteriographie eines traumatischen Popliteaaneurysmas zur totalen Thrombose der A. femoralis, und bei dem anderen infizierte sich

ein nach der Injektion entstandenes Hämatom in der Leiste, so daß später das Bein geopfert werden mußte. Alle anderen Komplikationen hatten keine Spätfolgen. WENZ °

J. Regenbrecht: Nil nocere! 2 Fälle von Magenperforation nach Behandlung von Verbrühungen mit Cortisonpräparaten. [Chir.-Orthop. Abt., Univ.-Kinderklin., München.] Münch. med. Wschr. 103, 510—512 (1961).

Alfonso Zarone: Degli effetti collaterali della tubocurarina sul circolo. (Über die Nebeneffekte des Tubocurarins auf den Kreislauf.) [Ist. di Med. leg. e Assicuraz., Univ., Napoli.] Med. leg. (Genova) 7, 534—539 (1959).

Intravenöse Verabreichung von Tubocurarin bei vier Hunden führte zu einer deutlichen Senkung des Blutdruckes, der vom Verf. als Histamineffekt gedeutet wird. Eine Eserinwirkung konnte nicht beobachtet werden. Als unmittelbaren Einfluß des Tubocurarins auf den Herzmuskel bezeichnet der Verf. den Befund, daß während der Phase der Blutdrucksenkung eine Verkleinerung der Kontraktionsamplitude des Herzmuskels eintrat. Eine Hemmung der Adrenalin-ausscheidung war nicht feststellbar. Unter Bezugnahme auf die genannten Befunde weist Verf. zum Schluß auf die Notwendigkeit einer entsprechenden pharamakologischen Kompensation der Kreislaufwirkungen des Tubocurarins bei dessen Verwendung zu Narkosezwecken hin.

JAKOB (Würzburg)

Werner Lorenz: Ist selbst die kleinste Röntgenstrahlenmenge für den Menschen gefährlich? [Röntgen- u. Strahleninst., Univ., Mainz.] Dtsch. med. Wschr. 86, 470—473 (1961).

BGB §§ 823, 276. Umfang der Aufklärungspflicht des Arztes im Falle einer Künft-scher-Nagelung. [BGH, Urt. v. 20. XII. 1960; VI ZR 45/60; Celle.] Neue jur. Wschr. A 14, 261—262 (1961).

Der Bundesgerichtshof hat in seinem Urteil vom 20. 12. 60 in Anlehnung an frühere grundsätzliche Urteile daran festgehalten, daß es eine Überspannung der Anforderungen an die ärztliche Aufklärungspflicht bedeuten würde, „wenn man dem Arzt zur Pflicht machen wollte, daß er alle möglichen Einzelheiten des geplanten Eingriffes vorher mit dem Patienten erörtere“. Es handelte sich um einen Querbruch des linken Oberschenkels, wobei eine geschlossene Nagelung mißlang und eine offene Nagelung vorgenommen werden mußte. Es kam zu einer Eiterung, die eine erneute operative Behandlung notwendig machte. Der Arzt hatte vor der Operation der intelligenten Frau, die 1927 und 1928 vier Semester Medizin studiert hatte, erklärt, daß er den Bruch nageln wolle. Eine Aufklärung über etwaige schädliche Folgen der Marknagelung sei nicht erforderlich gewesen, da außer der Möglichkeit einer Wundinfektion keine Gefahren zu erwarten seien. Auf die Möglichkeit einer Infektion brauche nicht besonders aufmerksam gemacht zu werden, denn „daß bei einer solchen Operation eine Infektion möglich sei“, gehöre zum Allgemeinwissen jedes Einsichtigen und ergebe sich schon daraus, daß bei der Operation die Weichteile des gebrochenen Oberschenkels verletzt werden. Der Arzt habe mit seiner Erklärung, er wolle den Bruch nageln, seiner ärztlichen Aufklärungspflicht genügt, so daß die Einwilligung der Patientin in die Operation rechtswirksam gewesen sei. Es sei nicht erforderlich gewesen, den Vorgang der Nagelung im einzelnen zu schildern oder der Patientin „gar Angaben über den Ort und die Größe der zu erwartenden Operationswunde zu machen“. — Dieses sehr klare und auch den ängstlichen Chirurgen beruhigende Urteil gibt die Grundhaltung des Bundesgerichts in der Frage der Aufklärungspflicht anschaulich wieder.

HALLERMANN (Kiel)

H. K. Müller: Kritik der Augendiagnose. [Augenklin., Univ., Bonn.] Dtsch. med. J. 11, 528—532 (1960).

Die sog. Irisschlüssel der einzelnen Iridologen weisen erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Lokalisation der einzelnen Organe auf. Die Iridologen geben selbst zu, daß eine Krankheit sich nicht immer im Organfeld, sondern oft an anderer Stelle kund tut. Der Raum, der dem einzelnen Organ in der Iris zusteht, ist so gering (kaum $1 \times 0,5$ mm), daß von einer Meßgenauigkeit mit den Instrumenten der Iridologen keine Rede sein kann. Den Ausführungen von SCHNABEL, ANGERER, VIDA und DECK sowie ROSSDORF wegen der Nachprüfungen von KIBLER und STERZING gegenüber gestellt. Sie ergaben, daß die iridologischen Iriskonstitutionen bei Gesunden und Kranken in gleicher Häufigkeit vorkommen. Ihnen muß daher jegliche diagnostische Bedeutung abgesprochen werden. Bisher hat noch niemand das Auftreten eines Iriszeichens im Laufe einer Erkrankung beweisen können.

P. A. JAENSCH °°

M. A. Schmid: Maßstäbe zur Berechnung von Schmerzensgeld. Münch. med. Wschr. 102, 1407—1408 (1960).

Festlegung des Schmerzensgeldes ist Sache des Juristen. Es bedarf der Hilfestellung des Mediziners. A. W. FISCHER hat 6 Stufen der Unfallschädigung ausgearbeitet, ausgehend von ganz leichten Fällen (Hautabschürfungen usw.) bis zu ungewöhnlich schweren Fällen (Doppelamputationen). M. HERRMANN schlägt als Maßstab die Berechnung nach schlaflosen (infolge Schmerzen) Nächten je DM 25.— bis 30.— vor.

PILZ (Hannover) °

Max Kohlhaas: Die Pflicht des Arztes, sich beruflich weiterzubilden. Z. ärztl. Fortbild. (West-Berl.) 50, 164—167 (1961).

Verf. hat die Frage und die Einwendungen der Ärzte eingehend durchdacht. Selbstverständlich braucht der vielbeschäftigte Praktiker keine Spezialliteratur zu lesen, er muß aber allgemein unterrichtet sein. Wer zu einem Arzt geht, der sich auf seinem Schild als Homöopath bezeichnet, braucht dem Patienten nicht besonders zu sagen, daß er mit homöopathischen Mitteln behandelt. Handelt es sich aber z. B. um ein chirurgisches Leiden oder um Krebs, so ist er trotzdem verpflichtet, dem Kranken mitzuteilen, daß sehr viele Ärzte in diesem Falle die Operation vorziehen. Er darf sich nicht darauf stützen, daß ihn als Homöopathen die schulmedizinischen Fragen überhaupt nichts angehen. Es geht nach Meinung des Verf. auch nicht an, wenn ein Arzt die Meinung vertritt, man sei früher ohne Antibiotica ausgekommen; es ist vielmehr seine Pflicht, von den Wirkungen dieser Arzneimittel, aber auch von gewissen Schädigungen, die sie hervorrufen können, auf geeignete Weise Kenntnis zu nehmen. Wenn ein Arzt behauptet, daß alles, was von den „Amis“ kommt, nach seiner Meinung nicht beachtet zu werden braucht, so wird man ihm dies nicht abnehmen. Hinweis auf die Verurteilung eines Arztes, der durch einen Druckfehler in einem Aufsatz zu einer falschen Dosierung veranlaßt worden war; man mutet natürlich dem Arzt die Erkenntnis, daß ein Druckfehler vorliegt, nur dann zu, wenn es sich um einen eklatanten Irrtum handelt, der dem Durchschnittsarzt auffallen muß.

B. MUELLER (Heidelberg)

R. Schmelcher: Kann die verheiratete Ärztin statt des Familiennamens des Ehemannes ihren Mädchennamen auf dem Arztschild führen? (§ 1355 BGB) — Grundsätzliche Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtes. Dtsch. med. Wschr. 86, 445 bis 446 (1961).

Nach der grundsätzlichen Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 27. 11. 59 (BVerwG VII C 20/58) verträgt es sich nicht mit den gesetzlichen Bestimmungen, daß eine verheiratete Ärztin auf dem Arztschild nur ihren Mädchennamen ohne Zusatz des Familiennamens des Ehemannes führt.

B. MUELLER (Heidelberg)

N. Wölkart: Rechtliche und ethische Grundlagen für die Verwertung menschlicher Gewebe zu therapeutischen Zwecken. [Inst. f. Gerichtl. Med., Univ., Wien.] Wien. med. Wschr. 111, 81—83 (1961).

Die Entnahme ist nach Meinung des Verf. ethisch durchaus berechtigt. Sie kann einem Kranken sehr große Vorteile bringen. Eine gesetzliche Regelung steht in Österreich, aber auch in den meisten anderen Ländern aus. Verf. bringt einen Gesetzentwurf, nach welchem die Entnahme zulässig ist, wenn der Verstorbene sich damit einverstanden erklärt hat oder wenn die Verwandten nicht Widerspruch erheben. Eine gewisse Kontrolle soll durch Einschaltung des Provinzialarztes durchgeführt werden, auch sollen zur Entnahme nur Ärzte in geeigneten Krankenhäusern und Instituten berechtigt sein.

B. MUELLER (Heidelberg)

Herold: Unbefugte Sektionen. Dtsch. med. Wschr. 86, 447—448 (1961).

Wenn ein Kranker wünscht, daß nach seinem Tode eine Leichenöffnung stattfindet, oder wenn er seinen Leichnam der Anatomie zur Verfügung stellt, so haben die Angehörigen nicht das Recht, auf Herausgabe der Leiche zu bestehen, es sei denn, daß der Verstorbene zu dieser Zeit geschäftsunfähig war. Eine einschlägige testamentarische Verfügung wird nicht für erforderlich gehalten. Verf. gibt allerdings den anatomischen Anstalten den Rat, trotzdem die Leiche auf Anforderung der Angehörigen herauszugeben; Unannehmlichkeiten könnten andernfalls unterlaufen.

B. MUELLER (Heidelberg)

M. Kohlhaas: Operation gegen den ausdrücklichen Willen des Patienten bei akuter, lebensbedrohlicher Erkrankung? Dtsch. med. Wschr. 86, 446—447 (1961).

Ein Patient war mit einem perforierten Ulcus duodeni in ein Krankenhaus gekommen. Die Diagnose war sicher. Er lehnte aber die Operation ab. Erst später, als die Peritonitis ausgebildet war, gab er seine Zustimmung. Verf., der sich viel mit arztrechtlichen Fragen beschäftigt hat, ist der Auffassung, daß in einem Falle, wie diesem der Chirurg die Operation auch gegen den

Willen des Patienten hätte riskieren können. Es hätte unter Umständen andernfalls auch ein Verfahren wegen unterlassener Hilfeleistung gegen ihn eingeleitet werden können. Der BGH hat außerdem den Arzt verpflichtet, auch Selbstmördern gegen ihren ausdrücklichen Willen zu helfen. Der Selbstmordversuch gilt dann als Unglücksfall (BGHSt 2, 150 und 6, 147). Natürlich kann der Arzt nur in Fällen akuter Gefahr in dieser Weise handeln. B. MUELLER (Heidelberg)

C. L. P. Trüb: Amtsärztliche Einstellungsuntersuchungen für die Bundespost und ärztliche Schweigepflicht. Dtsch. med. Wschr. 86, 908—910 (1961).

Die Anwärter für den Dienst bei der Bundespost müssen auf Grund eines Formulares vor Einstellung eingehend vom Gesundheitsamt untersucht werden. In diesem Formular wird nach den Familienverhältnissen gefragt, auch nach vorangegangenen Geburten oder Fehlgeburten; diese Fragen müssen auch von unverheirateten Bewerberinnen beantwortet werden. Der Untersuchung muß ausdrücklich versichern, daß die Angaben wahr sind, andernfalls kommt Dienstentlassung in Frage. Die Rechtmäßigkeit dieses Verlangens wird mitunter bestritten. Nach Meinung des Verf. kann eine Frau, ob verheiratet oder nicht, die Beantwortung allzu intimer Fragen verweigern. Ob die Verweigerung berechtigt war, darüber entscheidet späterhin die Behörde. Wenn der Gutachter aus eigener Kenntnis etwas Ungünstiges über die Familienverhältnisse weiß (Geisteskrankheiten, Epilepsie), so wird es nach Meinung des Verf. wohl seine Pflicht sein, in vorsichtiger Form auf Widersprüche hinzuweisen. Grundsätzlich kann die Rechtmäßigkeit des Verlangens der Bundespost, über die Familienverhältnisse der Bewerber Auskunft zu erhalten, nicht bestritten werden. B. MUELLER (Heidelberg)

W.-S. Kierski: Einsichtnahme in Krankengeschichten durch Vertrauensärzte der gesetzlichen Krankenversicherung bei Begehungen von Krankenhäusern. Med. Sachverständige 57, 64—65 (1961).

Wenn die Vertrauensärzte sich veranlaßt sehen, Krankenhäuser zu begehnen, sind die Krankenhausärzte nach der wohl allgemein anerkannten Meinung des Verf. verpflichtet, den Vertrauensärzten Aufschluß aus der Krankengeschichte zu geben. Meint der Krankenhausarzt, daß die Krankengeschichte geheim zu haltende Einzelheiten enthält, die den Vertrauensarzt nicht interessieren, so ist er berechtigt, nur Einzelheiten aus der Krankengeschichte mündlich oder schriftlich mitzuteilen, er kann aber nicht verpflichtet werden, die Krankengeschichte in toto dem Vertrauensarzt auszuhändigen. (Diese Regelung hat sich auch durchgesetzt, wenn Sozialgerichte vom Krankenhausarzt Krankengeschichten anfordern, Ref.) B. MUELLER (Heidelberg)

M. Kohlhaas: Schweigepflicht gegenüber Bezirksdirektionen der Privatkrankenkassen. Dtsch. med. Wschr. 86, 395—396 (1961).

Der Versicherungsnehmer unterschreibt einen Revers, nach welchem er die behandelnden Ärzte vom Berufsgeheimnis befreit. Dieser Revers wird rechtlich anerkannt. Die Auskunftserteilung ist daher zulässig. Erzwungen kann sie aber nach Meinung des Verf. nicht werden. B. MUELLER (Heidelberg)

G. Herold: Auskunftserteilung des Arztes an Unternehmen der Lebensversicherung. Dtsch. med. Wschr. 86, 357—359 (1961).

Wer mit einer Lebensversicherung einen Vertrag abschließen will, entbindet im Antragsformular den Arzt vom Berufsgeheimnis. Der Arzt kann in solchen Fällen Auskunft erteilen. Bis zu einem gewissen Grade strittig ist, ob er die Auskunft erteilen muß. Verf. stellt sich mit Recht auf den Standpunkt, daß dies nicht notwendig ist. Die Auskunftserteilung ist keine öffentlich rechtliche Aufgabe und hat auch nicht den Charakter einer Zeugenvernehmung vor Gericht. In gewissen Ausnahmefällen mag die Auskunftserteilung im Rahmen eines Zivilprozesses zu erzwingen sein. Glaubt ein Arzt, den Patienten zu schädigen, wenn er Auskunft erteilt, so ist es sein gutes Recht, die Auskunft ohne Anführung von Gründen zu verweigern. Verf. warnt aber den Arzt davor, falsche Angaben über gesundheitliche Verhältnisse dadurch zu decken, daß sich der Arzt den Ausführungen des Patienten anschließt. Die Auskunftserteilung ist gebührenpflichtig. B. MUELLER (Heidelberg)

StPO § 53 Abs. 1 Ziff. 3 (Verschwiegenheitspflicht des Arztes). Wird ein zur Hauptverhandlung als Zeuge geladener Arzt von seinem Patienten nicht von der Verschwiegenheitspflicht entbunden, so darf das Gericht ihn nicht ohne weiteres vor der Vernehmung zur Sache entlassen. Es muß ihn vielmehr fragen, ob er von der Möglichkeit, dennoch zur Sache auszusagen, Gebrauch machen will. Diese Frage stellt eine für die Hauptverhandlung wesentliche Förmlichkeit im Sinne des § 273

StPO dar. [BGH, Urt. v. 28. X. 1960; 4 StR 375/60; LG Essen.] Neue jur. Wschr. A 14, 279 (1961).

BGB §§ 249, 844 Abs. 2; NRW Impfschaden G v. 10. II. 1953 (GVBl. 166) (Aufopferungsansprüche mittelbar Geschädigter). Das nordrhein-westfälische Impfschadengesetz schließt den Aufopferungsanspruch des mittelbar geschädigten Unterhaltsberechtigten (§ 844 BGB) nicht aus. [BGH, Urt. v. 1. XII. 1960; III ZR 213/69 [Hamm].] Neue jur. Wschr. A 14, 555—556 (1961).

Das 13 Jahre alte uneheliche Kind einer Frau, die keinen Beruf erlernt hatte, ist an einer Encephalitis gestorben, die sich als Folge einer auf Grund des Impfgesetzes vom 8. 4. 1874 durchgeführten Pockenschutzimpfung entwickelt hatte. Die Klägerin macht geltend, daß ihr Sohn nach Beendigung einer Lehre in der Lage gewesen wäre, sie zu unterhalten. Der Klage wurde stattgegeben; denn nach § 50 BVG ist die Elternrente auch dann zu gewähren, wenn das Kind der Ernährer der Eltern werden konnte. Es ist nicht erforderlich, daß das Kind tatsächlich schon Unterhalt geleistet hat. Die Regelung dieses Gesetzes kann für die Versorgungsansprüche hinterbliebener Eltern um so mehr herangezogen werden, als sie dem im Artikel 6, Abs. 1 GG verankerten Gedanken des Schutzes der Familie besser gerecht wird als die einschränkende Bestimmung des § 593 RVO. Der erk. Senat hat den Rechtsgrundsatz vertreten, daß Schäden, die auf einen gesetzlich angeordneten oder zugelassenen hoheitlichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit zurückzuführen sind, insbesondere Impfschäden, einen sogenannten Aufopferungsanspruch auslösen können. Ein solcher Anspruch kann beim Tod des Betroffenen auch den mittelbar geschädigten Unterhaltsberechtigten zustehen.

TRUBE-BECKER (Düsseldorf)

Dieter Hörig: Gesetzliche Bestimmungen und Meldewesen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. [Ratd. Bezirk., Dresden.] Z. ärztl. Fortbild. 54, 978—984 (1960).

Nach kurzem Überblick über die seit 1945 in der sowjetischen Besatzungszone eingeführten Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bespricht Verf. die einzelnen Paragraphen des 11. Entwurfs der Verordnung zur Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Jahre 1960. Hervorzuheben sind u. a. die Einführung der Chiffremeldung im § 16, während im § 17 die namentliche Meldung behandelt wird. Hierunter fallen einmal Kranke, die sich entgegen den Anordnungen dieser Verordnung verhalten und zu anderem dringend Krankheitsverdächtige, die an der Weiterverbreitung maßgeblich beteiligt sind. Neu ist auch die vorbeugende Untersuchung der Schwangeren und von Neugeborenenblut sowie die vorbeugende Behandlung der letzteren bei nicht genügender der Mutter. Neu ist auch, daß der Kranke bei der Erfassung seiner Infektionsquelle zumutbare Hilfe leisten muß. Wie bisher wird der Kreis der untersuchenden und behandelnden Ärzte begrenzt (§ 19). Im § 14 werden Anweisungen zur Anordnung der Untersuchung und Behandlung in staatlichen Behandlungsstellen und zur Beschränkung der Arztwahl gegeben. Wenn eine Person der Über- bzw. Einweisung nicht nachkommt, kann sie vom Rat des Kreises eingewiesen und bei Nichtbefolgung zwangsweise unter Amtshilfeleistung der Deutschen Volkspolizei einer geschlossenen Abteilung zugeführt werden. Für Untersuchung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten soll nach § 22 die Sektion für Dermatologie der Deutschen Akademie für Wissenschaften in Berlin Empfehlungen ausarbeiten (noch nicht erschienen). Am Ende des I. Hauptteiles werden Beschwerdeweg und Vertretung Minderjähriger geregelt. Im Hauptteil II wird die Zusammenarbeit staatlicher Organe bei der Verhütung und Bekämpfung besprochen, während der Hauptteil III die Verwaltungs- und Strafmaßnahmen bei Verstößen behandelt. Die Lockerung mancher Bestimmungen gegenüber den ersten Anordnungen der SMAD, vor allem der Nr. 273 im Jahre 1947 wird mit dem Absinken der Geschlechtskrankheiten und der Normalisierung der Lebensverhältnisse begründet und hierfür die Gründe von K. LINSER für die Einführung der Chiffremeldung zitiert.

TIELEN (Mannheim)⁵⁰

C. L. Paul Trüb: Hat der § 3 des preußischen Krüppelgesetzes auch heute noch Gültigkeit oder welche Bestimmungen sind jetzt für die Meldung verkrüppelt geborener Kinder maßgebend? Dtsch. med. Wschr. 86, 685—686 (1961).

Das nicht ausdrücklich aufgehobene preußische Krüppelfürsorgegesetz sah eine „schrakenlose“ Meldepflicht vor. Jeder Arzt, der eine Verkrüppelung wahrnahm, mußte diese Verkrüppelung melden. Nach Meinung vom Verf. sind die Bestimmungen des preußischen Gesetzes abgelöst worden durch das Körperbehindertengesetz, das in § 3, Absatz 3 nur eine eingeschränkte Meldepflicht durch Benachrichtigung des Gesundheitsamtes vorsieht; diese Meldepflicht besteht

nur dann, wenn der Verkrüppelte oder seine Sorgeberechtigten die Behandlung des Leidens vernachlässigen. Meldepflichtig ist nur der Arzt, nicht der Zahnarzt, nicht der Heilpraktiker. Eine Strafbestimmung bei Unterlassung der Meldung sieht das Gesetz nicht vor.

B. MUELLER (Heidelberg)

F. Pietrusky: Über die Vernichtung von Menschenleben durch den Arzt. *Ärztl. Sammelblätter* 50, Nr 3, 6 S. (1961).

Verf. nimmt in schöner und klarer Sprache zu diesem Problem Stellung. Euthanasie wird abgelehnt. Die Notwendigkeit einer Schwangerschaftsunterbrechung und unter Umständen auch die Abtötung des in der Geburt befindlichen Kindes bei dringender ärztlicher Indikation wird bejaht, das Leben der Mutter steht höher. Trotz hoher Einschätzung des Berufsgeheimnisses wird vom Verf. davor gewarnt, allzu starr an der Schweigepflicht zu kleben, besonders dann, wenn man dadurch Menschenleben gefährdet.

B. MUELLER (Heidelberg)

M. Kohlhaas: Ist die Sterilisation mit Einwilligung zulässig? *Dtsch. med. Wschr.* 684—685 (1961).

Eine Sterilisierung aus sozialer und eugenischer Indikation wird abgelehnt, auch wenn Einwilligung vorliegt. Eine Sterilisierung aus medizinischer Indikation wird mit Zustimmung aller Beteiligten für möglich gehalten, doch sind die Meinungen nicht ganz einheitlich. Verf. bringt keinen Hinweis auf die Bestimmungen über die Gutachterkommissionen, die die meisten Länder für solche Fälle (ebenso für die medizinisch indizierte Schwangerschaftsunterbrechung) eingerichtet haben. In Baden-Württemberg ist das Gesundheitsamt zuständig. (Ref.)

B. MUELLER (Heidelberg)

StGB §§ 211, 59, 49. Zum Irrtum des Arztes über Art und Ausmaß der Aktion Hitlers zur „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. [BGH, *Urt. v. 6. XII. 1960*; 1 StR 404/60.] *Neue jur. Wschr. A* 14, 276—278 (1961).

Der Leiter der Gesundheitsabteilung des Ministeriums eines Landes des früheren Deutschen Reiches war ein eifriger Anhänger von Hitler; er unterzeichnete persönlich mindestens zwei Entschließungen, durch die der Abtransport von im ganzen 250 Kranken aus Heil- und Pflegeanstalten angeordnet wurden; sie wurden später in einer anderen Anstalt durch Giftgas getötet. Durch eine weitere Maßnahme wurden geisteskranke Kinder in einer Anstalt zusammengezogen, 120 von ihnen wurden durch Eingeben von Luminal getötet. Der Arzt erhielt vom Schwurgericht wegen Mitwirkung bei einer Tötung von erwachsenen Geisteskranken und der Tötung von Kindern eine Gesamtstrafe von 4 Jahren Zuchthaus. Das Schwurgericht ging davon aus, daß der Angeklagte in einem verschuldeten Verbotsirrtum gehandelt habe. Der BGH hob das Urteil auf mit dem Bemerkung, daß der verschuldete Verbotsirrtum genauer überprüft werden müsse. Wenn der Arzt der Meinung gewesen sein sollte, daß nur Geisteskranke vernichtet werden sollten, denen das Leben nichts bedeute, so hätte es ihm vielleicht auffallen müssen, daß einige Anstalten Geisteskranke vom Transport zurückstellten, weil sie sie als Arbeitskräfte brauchten. Er hätte auch überprüfen können, wie die Anstalten damals belegt waren; wurde ein erheblicher Anteil zum Abtransport gemeldet, so war nicht anzunehmen, daß es sich um besonders weit vorgeschrittene Geisteskrankheiten handelte. Es wären auch Nachprüfungen notwendig gewesen, ob die Eltern sich mit den Kindertötungen einverstanden erklärt hatten; im Zusammenhang damit würde der Tatbestand der Heimtücke besonders sorgfältig zu überprüfen sein.

B. MUELLER (Heidelberg)

H. Zapfe: Welche Untersuchungsmethoden für die Beurteilung des Leistungsvermögens des Kreislaufes und der Atmung sind notwendig, durchführbar und für Begutachtungszwecke als zumutbar anzusehen? [I. Inn. Abt., *Städt. Krankenh., Berlin-Neukölln.*] [4. Fortbildungskurs f. sozialmed. Begutachtungskde., Heidelberg, 28.—30. IX. 1960.] *Med. Sachverständige* 57, 31—33 (1961).

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

F. Introna e U. Seudier: L'elettroforesi su carta nella diagnosi generica di sangue. Ricerca sperimentali. (Papierdektrophorese zur allgemeinen Blutbestimmung