

direktor schildert der Verf. diese Seite des Anstaltslebens mit wirklicher Leidenschaft und er plädiert mit großer Sachkenntnis dafür, den Strafgefangenen Gehör darüber zukommen zu lassen, welche Wirkung die Freiheitsstrafe auf die Gefangenen habe. Kriminalpsychologische Maßnahmen sollten eingesetzt werden, um den Strafvollzug zu verbessern. Sie sollten darauf abzielen, die Gefangenen zur Mitverantwortung an ihrer „gegenwärtigen Lebenswelt“ heranzuziehen.

VEITERLEIN (Jena)

**Gerard Mauch:** *Trattamento psicoterapico del delinquente in Olanda.* (Psychotherapeutische Behandlungen von Rechtsbrechern in Holland.) Quad. Crim. clin. 8, 37—54 (1966).

Verf. ist leitender Arzt der Krankenabteilung der Landeshaftanstalt Hohenasperg bei Ludwigsburg. Er hat psychotherapeutische Behandlung psychopathischer Rechtsbrecher eingeführt und seine Erfahrungen durch eine Studienreise in Holland ergänzt. Durch die Psychotherapie muß vor allen Dingen das Verantwortungsgefühl der Patienten geweckt werden, die sozialen Beziehungen zur Familie, zu den Freunden und zu den Arbeitgebern müssen erneuert werden. Spezielle Ergebnisse liegen wohl noch nicht vor.

B. MUELLER (Heidelberg)

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

**Helmut Kipping:** *Todesfälle bei Lokalanästhesie (1947—1964).* Marburg: Diss. 1965. 23 S.

Verf. stellt auf Grund ausgedehnter Studien des Schrifttums 39 einschlägige Fälle zusammen, und zwar 8 Todesfälle bei Oberflächenanästhesie im Halsgebiet, 15 Todesfälle bei Infiltrationsanästhesie im Halsgebiet, 3 Todesfälle bei Halsgrenzstranganästhesie, 3 Todesfälle bei Infiltrationsanästhesie bei Nebenhöhlenoperationen und Mastoidektomie, 2 Todesfälle bei paravertebraler Injektion und Laryngoskopie, 4 Todesfälle bei Nasenoperationen und Zahnxtraktionen, 2 Todesfälle bei Infiltrationsanästhesie zwecks Operation einer Leistenherne oder bei einer Nabeloperation, 1 Todesfall bei Cystoskopie; er erwähnt ferner einen Todesfall infolge wahrscheinlich vorliegender Novocain-Allergie. Trotz exakter anatomischer Untersuchungen konnte die Todesursache vielfach nicht einwandfrei festgestellt werden, man konnte sie oft nur vermuten. Als Todesursache oder vielleicht auch nur als mitwirkende Todesursache kommen in Betracht: Überempfindlichkeit, vorangegangene Gruppensensibilisierung infolge Anwendung chemisch verwandter Arzneimittel, auch psychologische Faktoren (Angst) dürften manchmal mitgewirkt haben. Angeführt werden weiterhin versehentliche intravasale Injektionen, zu rasche Resorption der Injektionsflüssigkeit, bei paravertebralen Injektionen zu rasche Weiterbeförderung zum Liquor, Einwirkung des zugesetzten Adrenalin, vagokardiale Reize. Hingewiesen wird auch auf zentralnervöse Vergiftungsbilder mit Krämpfen. — Wer sich mit einschlägigen Todesfällen zu beschäftigen hat, wird mit Erfolg in dieser Zusammenstellung nachlesen.

B. MUELLER

**Renzo Celesti:** *Due casi mortali da infiltrazione cervicale con xilocaina.* (Zwei Todesfälle nach Infiltrationsanästhesie mit Xilocain im Halsgebiet.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Genova.] Med. leg. (Genova) 14, 83—96 (1966).

Nach einer eingehenden Besprechung der Literatur berichtet Verf. über zwei Todesfälle nach Infiltrationsanästhesie des Halsgebietes mit Xilocain. Es war im Einzelnen nicht zu ermitteln, ob der Tod Folge einer allergischen Reaktion oder einer toxischen Wirkung war. Beide Fälle wiesen einen Schockzustand auf und es wird die Frage diskutiert, inwieweit das Schockrisiko für den Arzt vorhersehbar sei und inwieweit er unter Umständen für einen solchen Fall zivil- und strafrechtlich haftbar gemacht werden könne.

GREINER (Duisburg)

**H. Lüdin:** *Blut- und Knochenmarkschädigung durch Medikamente.* [Med. Univ.-Klin., Basel.] Schweiz. med. Wschr. 95, 1027—1032 (1965).

**Max Kohlhaas:** *Darf der Arzt während einer Mandeloperation dem unruhigen Patienten Schläge versetzen?* Dtsch. med. Wschr. 91, 963—966 (1966).

Ein Belegarzt an einem Krankenhaus führte eine Tonsillektomie durch. Das Kind, das operiert werden sollte, war äußerst unvernünftig, es schrie und tobte. Es bestand im Augenblick auch keine Möglichkeit, ein beruhigendes Mittel zu injizieren. Als Hilfe standen nur zwei Schwestern zur Verfügung. Der Arzt schlug dem 9jährigen Patienten mehrfach mit der Hand gegen beide

Gesichtshälften und mit einer Pinzette auf den Oberschenkel. Der Arzt wurde vom zuständigen Amtsgericht freigesprochen. Es wurde festgestellt, daß zwar eine Körperverletzung vorliegt, daß aber der Arzt durch übergesetzlichen Notstand entschuldigt sei. Er konnte sich im Augenblick unter Berücksichtigung der Gesamtsituation nicht anders helfen. Verf. bringt zustimmende ergänzende Bemerkungen zu diesem Freispruch. **B. MUELLER** (Heidelberg)

**Max Kohlhaas: Folgen gedankenloser Weitergabe von Arztbefunden.** Dtsch. med. Wschr. 91, 1056—1058 (1966).

Die Sozialgerichte fordern vielfach von Ärzten Befunde an. Wenn der Arzt von der Schweigepflicht befreit ist, pflegt er den Befund auch herauszugeben. Nun ging aus einem Befund hervor, daß der Kranke seinem Leiden wahrscheinlich in absehbarer Zeit erliegen würde. Da der Prozeßbeteiligte das Recht hat, die Befunde einzusehen, wäre es möglich, daß er auf diese Weise gewissermaßen sein eigenes Todesurteil erfährt. Er könnte Selbstmord verüben oder unsinnig Geld ausgeben. Der Arzt könnte das Sozialgericht bitten, von der Übersendung des Befundes abzusehen und ihn zu veranlassen, den Patienten noch einmal zu untersuchen. Der Arzt würde dann in der Fassung der Befunde vorsichtiger sein. Der Arzt könnte an das Gericht etwa folgendes schreiben: „Da die Diagnose den Patienten bei Bekanntgabe sehr schwer treffen würde, empfehle ich vor Mitteilung an ihn, die Behörde zur nochmaligen Stellungnahme zu meinem Befund nach erneuter Untersuchung zu veranlassen.“ **B. MUELLER** (Heidelberg)

**Robert Schmelcher: Strahlenschäden durch Verletzung der ärztlichen Sorgpflicht und Grundsätze zum Schmerzensgeldanspruch.** Dtsch. med. Wschr. 91, 1058—1059 (1966).

Die medizinischen Verhältnisse, die Anlaß zu der Entscheidung des BGH gaben, werden nicht näher geschildert. Der Arzt war wegen Entstehung eines Strahlenschadens zur Zahlung von Schmerzensgeld verurteilt worden. Das Schmerzensgeld soll dem Geschädigten einen angemessenen Ausgleich für Schäden bieten, die nicht vermögensrechtlicher Art sind, es soll zugleich dem Gedanken Rechnung tragen, daß der Schädiger dem Geschädigten für das, was er ihm angetan hat, Genugtuung zollt. Im Urteil wird ausgeführt, daß die Gerichte an die Sorgfaltspflicht der Ärzte, die mit Strahlen behandeln, hohe Anforderungen stellen müssen. Der BGH empfindet es als richtig, daß die Schmerzensgeldrente zeitlich begrenzt wird. Der weitere Verlauf von Strahlenschäden läßt sich nach einheitlicher medizinischer Auffassung schwer übersehen (Urteil des BGH vom 23. 11. 65, VI R 151/64). **B. MUELLER** (Heidelberg)

**L. Dérobert: La responsabilité du médecin expert.** (Die Verantwortlichkeit des ärztlichen Gutachters.) Ann. Méd. lég. 46, 75—97 (1966).

Es handelt sich um eine gründlich durchdachte Darstellung der einschlägigen Fragen unter Berücksichtigung der französischen Gesetzgebung, von Gerichtsentscheidungen und Kasuistik, soweit eine solche vorliegt. In Betracht kommt, daß der Sachverständige nach den Bestimmungen des Strafrechts zur Verantwortung gezogen wird, wenn durch ein fahrlässig erstattetes Fehlgutachten für einen Beschuldigten Nachteile entstehen, z. B. Untersuchungshaft oder ungerechtfertigte Verurteilung. Der Sachverständige kann auch zivilrechtlich für den entstandenen Schaden haftpflichtig gemacht werden. Gelegentlich ergeben sich auch Konflikte hinsichtlich des Berufsgeheimnisses, das in Frankreich ein absolutes ist. Einzelheiten müssen von Interessenten dem Original entnommen werden. **B. MUELLER** (Heidelberg)

**J.-L. Lortat-Jacob, M. Gueniot et R. Villey: Responsabilité personnelle du médecin.** Sem. méd. (Paris) 42, 279—285 (1966).

**GVG § 13; Ärzteabkommen, Teil 3, Leit-Nr. 60, Teil 5 Leit.-Nr. 105 u. 112** (Zuständigkeitsfragen bei Schadensersatzansprüchen gegen Ärzte). Für Schadensersatzansprüche wegen verspäteter Erteilung eines ärztlichen Gutachtens sind die ordentlichen Gerichte und nicht die im Ärzteabkommen bezeichneten Schiedsgerichte zuständig. [OLG Celle, Urt. v. 19. 11. 1964 — 1 U 171/64.] Neue jur. Wschr. 18, 1085—1086 (1965).

**W. Becker: Die Sterilisation als rechtliche und ethische Frage.** Med. Klin. 61, 1352 bis 1357 (1966).

Verf. (Ltd. Regierungsdirektor in Hamburg) setzt sich dafür ein, daß die Sterilisierung von der Zustimmung einer Gutachterstelle abhängig gemacht werden soll; eindeutige Gesetze müßten

erlassen werden. Doch sollten die Gutachterstellen liberale Auffassungen entwickeln. Menschen, die keine Kinder haben wollen, brauchen auch keine Kinder zu haben. Die persönliche Einstellung der Eheleute solle berücksichtigt werden, sei die Operation der Frau nicht zuzumuten, so sei es in der Ordnung, daß die Sterilisierungsoperation beim Ehemann vorgenommen werde.

B. MUELLER (Heidelberg)

**R. u. F. Reimann-Hunziker und H. Friesewinkel: Klinische Erfahrungen mit dem IBM-Computer 1401 über die freiwillige Sterilisation des Ehemannes auf Grund einer 25jährigen Erfahrung. Praxis (Bern) 55, 1013—1014 (1966).**

**Ernst Mai: Zur Frage der ärztlichen Nothilfepflicht durch den nachbehandelnden Arzt. Dtsch. med. Wschr. 91, 1356—1358 (1966).**

Der Chefarzt eines Krankenhauses hatte schon seit einiger Zeit seinen Dienst vernachlässigt, er war schwer zu bewegen, frisch eingelieferte Patienten außerhalb der Dienstzeit anzusuchen. Eine an poliomyelitischen Lähmungsscheinungen leidende Frau war ausgeglitten, sie konnte ein Bein nicht mehr bewegen, der hinzugerufene Arzt sah sie an und wies sie wegen Verdacht auf einen Schenkelhalsbruch in das Krankenhaus ein. Der sofort benachrichtigte Chirurg ordnete fernmündlich die Verabreichung einer schmerzstillenden Injektion an, das Pflegepersonalbettete das verletzte Bein zwischen Sandsäcken. Am Vormittag des nächsten Tages, einem Sonntag, sah der Chirurg die Kranke nur oberflächlich an, ohne sie zu untersuchen, erst später fand eine Röntgenuntersuchung statt. Der Arzt teilte das Vorliegen eines Schenkelhalsbruches der Patientin mit und meinte, er könne nichts daran machen; die Möglichkeit einer Nagelung wurde nicht erwogen. Die Kranke wurde entlassen, der Arzt wurde wegen fahrlässiger Körperverletzung angezeigt, doch ließ sich der Kausalzusammenhang zwischen der Schädigung und der nachlässigen Behandlung nicht mit hinreichender Sicherheit beweisen. Er wurde verurteilt wegen unterlassener Hilfeleistung. Der BGH billigte das ergangene Urteil ausdrücklich und gab der Revision nicht statt. Der Arzt hatte die Patientin, so meinte der Senat, einem ungewissen Schicksal überlassen und nicht die gebotene zumutbare Hilfe geleistet (Urteil des BGH vom 22. 3. 1966, I StR 567/65).

B. MUELLER (Heidelberg)

### Spuren nachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

- Elias D. Sedlin: A rheologic model for cortical bone. A study of the physical properties of human femoral samples. (Acta orthop. scand. Suppl. 83.) (Ein rheologisches Modell für Röhrenknochen. Eine Studie der physikalischen Eigenschaften an menschlichen Femoralis-Proben.) Copenhagen: Munksgaard 1965. 77 S., 31 Abb. u. 12 Tab.

Großangelegte physikalische Untersuchungen an Femoralis-Knochenproben, deren Größe je nach zu messender physikalischen Größe gewählt wurde (für Biegungsmessungen z. B.  $1 \times 2 \times 30$  mm). Der Einfluß der Lagerung, Aufbewahrung und Präparation auf die Größen wurde untersucht. Gefrieren der Proben hatte keinen Einfluß, wohl aber Fixierung mit Alkohol und Formalin oder Lufttrocknung, ebenfalls Erhitzung auf 100—105°. Feuchte Proben konnten wiederholt belastet werden ohne bleibende Änderungen. Signifikante Unterschiede der physikalischen Größen waren von Knochen zu Knochen vorhanden, ebenso auch von Ort zu Ort an einem Knochen. So hat z. B. der posteriore Anteil des Femur eine geringere Bruchspannung als die anderen untersuchten Quadranten. Dagegen fand Verf. im Rahmen der Versuchsstreitung *keine* Abhängigkeit des Elastizitätsmodul und der Bruchfestigkeit vom Lebensalter. Es wurden dabei Knochen von im Krankenhaus verstorbenen Personen zwischen 34 und 91 Jahren untersucht. In einem weiteren Kapitel werden die plastischen und Fließeigenschaften untersucht und ein mechanisches Modell angegeben. So ist z. B. die Deformation des Knochens bei 37° C größer als bei 21°, ein Zeichen für viscose Eigenschaften des Knochens. Die zahlreichen Meßergebnisse sind in Tabellenform niedergelegt, Streuung und Varianzanalyse ist jeweils beigelegt.

SELLIER (Bonn)