

kein höherer Beweiswert zukomme, als den bekannten klassischen Merkmalen. In dieser Verallgemeinerung treffe diese Auffassung nicht zu; man müsse vielmehr den einzelnen Fall betrachten. Bei 2 sonst völlig identischen Fingerabdrücken kann dem Fehlen solcher weißer Linien an einem von ihnen keine Bedeutung zugesprochen werden, wenn die Zeit zwischen der Entstehung beider Fingerabdrücke erheblich ist, da derartige feine weiße Linien ebenso wie die ihnen zugrunde liegenden Fältchen der Haut, die nichts mit der Anlage der Papillen zu tun haben, kommen und verschwinden können. Auch bei etwa gleichzeitiger Entstehung können in einem der beiden zu vergleichenden Abdrücke die Fältchen je nach Stärke des Druckes fehlen oder vorhanden sein. Das Fehlen beweist also keineswegs die Nichtidentität der Fingerabdrücke. Bei Abdruck eines z. B. mit Tinte besudelten Fingers treten die Fältchen meist besonders stark als farbige Spur auf, da sich die Tinte in den Hautfurchen stärker angesammelt hat und sich schwarz auf den Gegenstand abdrückt. Wenn dagegen 2 identifizierte Fingerabdrücke außerdem gleichartig angeordnete weiße Linien aufweisen, so liegt daran ein besonders hoher Identifizierungswert. Verf. beschreibt, um dies zu erläutern, einen einschlägigen Fall mit unsichtbaren Fingerabdrücken auf einem anonymen Brief, bei dem unter einer Narbe 2 sich im Winkel von 45° kreuzende Linien vorhanden sind.

Buhtz (Heidelberg).

Schmelz, W.: Ein Beitrag zur Straferstehungsfähigkeit von Paralytikern nach Malariabehandlung. *Allg. Z. Psychiatr.* **99**, 481—485 (1933).

Eine debile weibliche Entartete erkrankte nach Verbüßung von 6 Jahren einer 10jährigen Zuchthausstrafe an Paralyse. Durch Malariabehandlung wurde eine gute Remission erzielt. Bei Abfassung der Arbeit lag die Behandlung erst 1 Jahr zurück, die Frist erschien daher noch zu kurz, um Straferstehungsfähigkeit anzunehmen, doch bejaht Verf. bei entsprechend gutem Erfolg der Behandlung die Strafvollzugsfähigkeit im Prinzip. *Reiss* (Dresden).

Fuster, Joaquín: Die psychiatrischen Abteilungen in den Gefängnissen. *Rev. Med. leg. etc.* **1**, 296—301 (1932) [Spanisch].

Verf. fordert die Einrichtung psychiatrischer Abteilungen in den spanischen Gefängnissen. Er beruft sich besonders auf die guten Erfahrungen, die man mit derartigen Abteilungen in Belgien gemacht hat. Seine Vorschläge für die Organisation enthalten nichts Neues.

Eduard Krapf (Köln).

Kunstfehler. Ärztereht. Kurpfuscherei.

Dittrich, Paul: Vermeintliche ärztliche Kunstfehler. *Med. Klin.* **1933 I**, 840—841.

Dittrich teilt aus seiner reichen Erfahrung als gerichtsärztlicher Sachverständiger und als Mitglied des Gerichtsärzterates in Prag Fälle von leichtfertigen und grundlosen Beschuldigungen von Ärzten durch Patienten oder Kollegen wegen vermeintlichen Kunstfehlers mit.

In dem ersten Falle hat ein bereits jahrelang an Prostatahypertrophie leidender Ausgedingter offenbar auf Veranlassung seiner Umgebung und der ihn nachher behandelnden Krankenhausärzte einen Arzt beschuldigt, bei mehreren vergeblichen Katheterisierungsversuchen ihn verletzt zu haben, so daß er stark blutete. Demgegenüber gab der Arzt an, daß der Mann bereits aus der Harnröhre blutend zu ihm kam. Als dann der Mann einige Wochen später an einer Sepsis, die von einer peri- und paraurethralen Phlegmone ihren Ausgang genommen hatte, starb, wurde gegen den Arzt das Verfahren wegen Vergehens gegen Sicherheit des Lebens eingeleitet und im Verlaufe des Gerichtsverfahrens hatte D. den Fall nachzubegutachten. Die große Ausdehnung und Tiefe der Verletzung der Harnröhre, die D. durch Untersuchung des konservierten Leichenpräparates noch feststellen konnte, ließ ausschließen, daß diese Verletzung durch einen Gummikatheter gesetzt worden sein konnte und somit auch, daß ein Verschulden seitens des Arztes vorlag. Es wurde auch darauf hingewiesen, daß Prostatiker häufig sich selbst katheterisieren und dabei leicht Verletzungen gesetzt werden können. Nach Abgabe des Gutachtens wurden zwei starre, von einer Zigarrenspitze herrührende, 38 cm lange Holzröhrchen vorgelegt, die in der Wohnung des Verstorbenen gefunden wurden. An dem Mundstückende des einen Röhrchens fanden sich von Menschenblut herrührende Spuren. Mit Rücksicht auf diesen Befund war wohl der Schluß gerechtfertigt, daß der Verstorbene offenbar vor seinem Besuche bei dem beschuldigten Arzte sich selbst zu katheterisieren versucht und dabei die Harnröhrenverletzung gesetzt hatte. Weiter berichtet D. über eine 5fache ungerechtfertigte Beschuldigung eines Arztes durch einen Kollegen wegen falscher Behandlung und eine den gleichen Arzt betreffende ebenfalls ungerechtfertigte Beschul-

digung wegen Ausstellung eines falschen Zeugnisses durch denselben Kollegen, welche sämtliche Beschuldigungen sich als unwahr erwiesen. Der die falsche Beschuldigung vorbringende Arzt wurde in allen Fällen zu schweren Geldstrafen verurteilt. *Marx* (Prag).

König, Friedr. Franz: „Ärztliche Kunstfehler.“ Kritische Bemerkungen zu einer Artikelreihe in der Juristischen Wochenschrift vom 5.—12. November 1932. Klin. Wschr. 1933 I, 634—635.

Verf. tritt den kürzlich von Haberland geäußerten Ansichten, die schon von Strassmann und Ebermayer stark kritisiert wurden (vgl. diese Z. 21, 164) entgegen. Haberlands Behauptung, daß sich in letzter Zeit „auffallend ärztliche Kunstfehler mehren“, ist nicht bewiesen. Wohl hat die Zahl der Ansprüche wegen angeblicher Kunstfehler zugenommen, was König — Pribatsch (vgl. diese Z. 19, 172) folgend — auf völlig ungerechtfertigtes Mißtrauen gegen den Arzt und auf Versuche, die Honorarzählung zu umgehen, zurückführt. Es ist logisch nicht zu rechtfertigen, daß der in den letzten Jahren fast gleiche Kreis behandelnder Ärzte von einem Tag zum anderen Kunstfehler über Kunstfehler begeht. Die fachärztliche Ausbildung erhöht die Anforderungen ständig; die Tatsache der Haftpflichtversicherung kann deswegen nicht zur Sorglosigkeit führen, weil ja doch auch strafrechtliche Verfolgung möglich bleibt. Verf. weist auf die schwierige Problematik des Begriffes Kunstfehler hin, ohne näher darauf einzugehen. Jedenfalls ist die Schadenersatzverpflichtung des Arztes nicht schon dann als vorliegend anzusehen, wenn ein sog. objektiver Kunstfehler vorliegt, sondern allein bei Fahrlässigkeit. Die entgegenstehende Forderung Haberlands ist entschieden abzulehnen. Die von ihm mitgeteilten Fälle sind nicht in seinem Sinne beweiskräftig. Die Darstellung Haberlands erscheint aus nachträglicher Betrachtung der Fälle gewonnen. Der Gutachter hat aber die Pflicht, sich in den Tatbestand zur Zeit der Behandlung zu versetzen, auf den es juristisch ankommt. Verf. weist auch den gegen die Richter erhobenen Vorwurf, daß sie meist nur die Schlußsätze der ärztlichen Gutachten läsen, zurück. Die Veröffentlichung Haberlands ist geeignet, die bestehende Verwirrung des Problems, dessen Klärung an sich dringend erwünscht wäre, nur zu vergrößern und wäre besser unterblieben.

Alfred Eliassow (Frankfurt a. M.).

Warneyer: Haftung für ärztliche Kunstfehler. Chirurg 5, 290—292 (1933).

Verf. erörtert die Voraussetzungen, unter denen die bisherige Rechtsprechung eine Haftung für ärztliche Kunstfehler eintreten ließ. Ob ein Verstoß gegen die ärztliche Wissenschaft, die nach allen Definitionen das Wesentliche im Begriff des ärztlichen Kunstfehlers ist, vorliegt, ist oft recht schwierig zu entscheiden. Das RG. hat den Begriff von dem häufig angewendeten Ausdruck „Schulmedizin“ derart abgegrenzt, daß Schulmedizin nicht die auf den Universitäten gelehrte medizinische Wissenschaft bedeutet, deren Beherrschung bei Prüfungen und bei der Approbation vorausgesetzt wird, im Gegensatz zu dem Wissen der nicht ärztlichen Heilbehandler, sondern gleichbedeutend ist mit dem Begriff der allgemein oder weitaus überwiegend anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft oder Kunst. Der Arzt könne für ein Abweichen von der Schulmedizin nicht verantwortlich gemacht werden, wenn er sich einer anderen, von beachtlichen Medizinern vertretenen Ansicht anschließt. Es entschied in einem konkreten Fall, ein Arzt, der bei einer Blinddarmentzündung eine abwartende Behandlung für angezeigt halte, der „konservativen Methode“ gefolgt sei und die Operation unterlassen habe, könne nicht wegen Kunstfehlers verantwortlich gemacht werden (?). Zu den Kunstfehlern gehört auch außer der Nichtvornahme oder Verspätung einer notwendigen Operation, die schuldhaft verzögerte oder unterlassene Röntgendurchleuchtung. Häufiger sind die durch aktives Handeln begangenen Kunstfehler, Verletzungen bei Operationen, bei Röntgenbestrahlungen, Diathermiebehandlung u. ä. Irrtümer bei der Diagnose sind dagegen nicht als Kunstfehler anzusehen. Notwendig ist für einen Kunstfehler, daß der Arzt das Unsachgemäße bzw. die schädigende Wirkung der angewandten Methode nach dem damaligen Stande der Wissenschaft erkennen

konnte. Wenn dies verneint werden muß, trifft ihn kein Verschulden. Der Nachweis des Verschuldens ist oft schwierig, wird aber durch die Anwendung des sog. Prima-Facie-Beweises erleichtert. Wenn zur Erklärung des Schadens eine nach dem natürlichen Lauf der Dinge als Ursache anzusehende Tatsache bewiesen ist, so ist es nunmehr Sache des Gegners, darzutun, daß andere Ursachen den Schaden herbeigeführt haben können. Stets muß ein Anhalt dafür vorliegen, daß das Verhalten des Arztes für den Schaden ursächlich sein konnte, dieser Anhalt muß so stark sein, daß auf den ersten Blick eine Verneinung des ursächlichen Zusammenhangs nicht möglich erscheint; läßt sich der zur Schädigung des Kranken führende Verlauf nicht mehr aufklären, so trägt der Arzt die Gefahr der völligen Unaufklärbarkeit des Ursachenverlaufs nicht. Hat er aber die Unaufklärbarkeit selbst herbeigeführt, z. B. durch eine schuldhaft verzögerte Röntgendurchleuchtung, so muß er es sich gefallen lassen, daß ein schuldhaftes Verhalten von ihm angenommen wird, wenn er nicht den Gegenbeweis führen kann. Es wird in der Rechtsprechung daran festgehalten, daß der Arzt für einen Kunstfehler nur dann verantwortlich gemacht werden kann, wenn ein Verschulden, mindestens eine Fahrlässigkeit, vorliegt. Die Forderung Haberlands, die Haftung des Arztes müsse auch auf solche Fälle ausgedehnt werden, in denen den Arzt irgendwelches Verschulden für den objektiv vorliegenden Kunstfehler nicht trifft, z. B. wenn bei einer Vorderarmoperation durch Schädigung des Speichennervs, ohne daß dieser durchtrennt wurde, eine dauernde Handlähmung zurückbleibt, steht in Widerspruch zum geltenden Recht und muß daher abgelehnt werden. (Vgl. diese Z. 21, 164.) *Ziemke* (Kiel).

Schuberth, Oscar: Zwei Fälle von Pantocainvergiftung. (*Chir. Abt., Krankenh., Örebro.*) Zbl. Chir. 1933, 1822—1824.

Pantocain, ein neues Lokalanästheticum aus der Novocainreihe, in vielen Fällen von Infiltrationsanästhesie mit Erfolg verwandt, kann gelegentlich — sei es infolge von Überdosierung oder auf Grund allzu schneller Resorption in besonders gefäßreichem Gewebe — zu Vergiftungserscheinungen führen. Diese äußern sich in Bewußtlosigkeit, Cyanose, oberflächlicher Atmung, fibrillären Zuckungen, welche sich bisweilen bis zu epileptiformen Krämpfen steigern. Die in vorliegender Arbeit beschriebenen Fälle klangen in Heilung aus. Es wird gefolgert, daß sowohl bei Infiltrationsanästhesie wie auch bei Bursa omentalis-Anästhesie keine stärkeren Lösungen als $\frac{1}{2}$ prom. bzw. 1 prom. Pantocain anzuwenden sind. *Else Petri* (Berlin).

Schmieden: Gutachtliche Stellungnahme zur Schuldfrage bei einem Narkose-Todesfall. (*Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.*) Mschr. Unfallheilk. 40, 162—170 (1933).

Verf. berichtet über ein Strafverfahren gegen den chirurgischen Assistenten eines Krankenhauses wegen fahrlässiger Tötung, welches in den beiden ersten Instanzen zur Verurteilung des Arztes, in letzter Instanz aber auf das Gutachten des Verf. hin zur Freisprechung führte:

Bei einem 7jährigen Kinde gab der Beschuldigte gelegentlich der Morgenvisite zu erkennen, daß er die Einrichtung des unkomplizierten Ellenbogengelenkbruchs am gleichen Vormittage vornehmen wolle, ohne besondere Anweisung zur Vorbereitung der Narkose dabei zu geben, in der Annahme, daß die Stationsschwester auf Grund ihrer Erfahrung über die Notwendigkeit dieser Vorbereitung unterrichtet sei. Nachdem das Kind um $\frac{1}{4}$ 12 Uhr geröntgt worden, wurde um $1\frac{1}{2}$ Uhr mit der Narkose begonnen, bei welcher die Stationsschwester zugegen war, aber nicht darauf aufmerksam machte, daß dem Kinde, nachdem es zum zweiten Frühstück nichts erhalten, im Gegensatz dazu $1\frac{1}{2}$ Stunde vorher ein volles Mittagessen verabreicht worden war. Als zu Beginn der Narkose das Kind feste Massen erbrach und der Arzt nach sorgfältiger Reinigung glaubte, durch Vertiefung der Narkose weiteres Erbrechen zu verhüten, wiederholte sich dieses Erbrechen und führte zum schnellen Tode des Kindes durch Ersticken.

Im Gegensatz zu den beiden ersten Instanzen vertrat Verf. vor dem Reichsgericht die Ansicht, daß 1. eine erfahrene chirurgische Stationsschwester über die Notwendigkeit einer Narkose und deren Vorbereitung bei einem solchen Eingriff unterrichtet sein mußte; 2. es im Operationsbetrieb eines Krankenhauses, weder üblich noch notwendig und möglich sei, daß sich der operierende Arzt vor der Narkose jedesmal erkundige,

ob ein Patient nüchtern geblieben sei; 3. dem beschuldigten Arzt die wissenschaftliche Überzeugung zuzubilligen sei, durch Vertiefung der Narkose weiteres Erbrechen zu verhüten, da dieses ja gewöhnlich nur zu Beginn und Ende der Narkose auftritt; 4. in keiner Weise mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit festzustellen sei, daß bei sofortigem Abbrechen der Narkose der Tod vermieden worden wäre. *Spiecker.*

Behr, E., und A. Zeckel: Zwei tödlich verlaufene Fälle von Lumbalanästhesie mit Percain. (*Path.-Anat. Laborat. en Psychiatr.-Neurol. Clin., Univ., Groningen.*) *Nederl. Tijdschr. Geneesk.* 1933, 3465—3471 u. dtsch. Zusammenfassung 3471 [Holländisch].

Im 1. Falle wurde die Lumbalanästhesie vorgenommen bei einer Herniotomie, im 2. Falle bei einer Sectio caesarea. Im 1. Falle entwickelte sich nach Verlauf einer Woche eine Parästhesie im linken Bein, allmählich trat eine schlaffe Lähmung beider Beine ein. Nach 3 Wochen Exitus infolge Decubitus und Allgemeininfektion. Die Sektion ergab eine Verdickung der beiden Markhäute, beginnend am 6. Cervicalsegment, sich auf die Cauda ausdehnend. Vom 1. Thorakalsegment ab sind die Häute mit dem Rückenmark fest verwachsen. Im Rückenmark hatten sich viele Höhlen gebildet, vom 2. thorakalen Segment bis unten. Das Lumbalmark war ein großes Rohr mit erweichtem Inhalt. Die Gefäße zeigten entweder Nekrose oder eine Endarteriitis mit hyalinen Veränderungen der Adventitia. In den Häuten fanden sich sporadisch Lymphocyten, Plasmazellen, Makro- und Mikrophagen. Die Nervenwurzeln waren stark entartet. Im 2. Falle fanden sich qualitativ dieselben Veränderungen vor, nur die myelolytischen Veränderungen fehlten, die Wurzeln der Cauda und des Lumbalmarks waren stark erweicht. Die Frau starb 36 Stunden nach der Injektion, die Erscheinungen stellten sich unmittelbar nach der Anästhesie ein.

Welche individuellen Faktoren bei diesen völlig gesunden Frauen eine Rolle gespielt haben, vermögen Verff. nicht anzugeben. Sie warnen vor dieser Methode der Anästhesierung.

J. P. L. Hulst (Leiden).

Rosenthal, Maurice: The anatomic lesions of fatal mercurial intoxication from salyrgan. (Anatomische Veränderungen bei tödlicher Quecksilbervergiftung mit Salyrgan.) (*Hoagland Laborat., Dep. of Path., Long Island Coll. of Med., Brooklyn.*) *Arch. of Path.* 15, 352—356 (1933).

Mitteilung eines Falles, bei dem sich außer chronischer Endokarditis der Aortenklappen mit Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels, allgemeiner Arteriosklerose und solcher der Kranzgefäße, Lungenarterienembolie und Infarktbildung daselbst, in der Niere Nekrose und Schwellung der Epithelien der Glomeruli und Harnkanälchen, im Dickdarm Schleimhautnekrose und entzündliche Infiltration mit Venenthrombose vorfanden. Patient hatte nur 2mal intravenös 1,0 und 1,5 ccm Salyrgan erhalten.

Böhmg (Rostock).

Kühnel, Poul: Death from salvarsan treatment in pregnancy. (Über Todesfälle durch Salvarsanbehandlung während der Schwangerschaft.) (*Lying-in Dep. A, Rigshosp., Copenhagen.*) *Acta obstetr. scand.* (Stockh.) 13, 29—66 (1933).

In der Literatur fand Kühnel insgesamt 20 Todesfälle durch Salvarsanbehandlung während der Schwangerschaft. Eine weitere Zahl wurde sicher nicht veröffentlicht. Er selbst berichtet über 3 Fälle aus Dänemark. Die Differentialdiagnose zwischen Eklampsie und Salvarsanvergiftung ist manchmal schwer. Bei der Salvarsanintoxikation ist der Blutdruck gewöhnlich nicht erhöht und der Urin enthält wenig Albumen und Zylinder. Nach dem Tode findet man autoptisch stets eine hämorrhagische Encephalitis. Die Gefahr der Salvarsanvergiftung ist am Ende der Schwangerschaft stets größer als am Anfange. Die Intoxikationssymptome treten meist nach der 2. bis 3. Salvarsaninjektion auf. Bei 15 Fällen betrug die tödliche Dosis 1 g oder weniger; in keinem Falle war sie mehr wie 2. Das Krankheitsbild erreicht seinen Höhepunkt meist am 2. bis 3. Tage nach der letzten Injektion. Die Prognose einer Salvarsanvergiftung ist schlecht während der Schwangerschaft.

Samuel (Köln).^{oo}

Grigg, Walter K., and Victor C. Jacobsen: Subacute yellow atrophy of the liver following ingestion of cinchophen and allied compounds. (Subakute gelbe Leberatrophy nach Zufuhr von Cinchophen und verwandten Verbindungen.) (*Dep. of Med. a. Path., Albany Med. Coll. a. Albany Hosp., Albany.*) *Ann. int. Med.* 6, 1280—1288 (1933).

Eine 68jährige Frau, welche in den letzten 2 Monaten wegen arthritischer Schmerzen etwa 19 g Cinchophen intermittierend genommen hatte, starb an subakuter gelber Leber-

atrophie. Bei der Sektion wurde auch eine Cholecystitis gefunden, die vielleicht prädisponierend gewirkt hatte. Die meisten Cinchophenvergiftungsfälle betrafen Frauen. *Ernst Neubauer.*^{oo}

Wentz, Günther: Nekrosen bei kombinierter Adrenalin-Glykose-Infusion. (*Univ.-Kinderklin., Kiel.*) *Z. Kinderheilk.* 54, 713—716 (1933).

Einem toxischen Säugling werden 140 ccm einer 5proz. Traubenzuckerlösung mit Zusatz von 10 Tropfen Suprarenin (auf 200 ccm Zuckerlösung) in beide Oberschenkel infundiert. An diesen Stellen kommt es in Ausdehnung des durch die Infusion gesetzten Infiltrates zu einer Nekrose der Haut. Verf. warnt daher vor einem Zusatz von Adrenalin zu einer Glykoselösung. *Lust (Karlsruhe).*^{oo}

Walker, V. R.: Air embolism during artificial pneumothorax insufflation. (Luftembolie während Pneumothoraxnachfüllung.) (*Cheshire Joint Sanat., Market Drayton.*) *Lancet* 1933 I, 636—637.

Bei einem 20 Jahre alten Patienten traten bei der 6. Pneumothoraxnachfüllung, bei der es erst beim 5. Versuch gelang, einen freien Pleuraspalt zu finden, nach Einfüllung kleinster Luftmengen Unruhe, Zuckungen, Bewußtlosigkeit, klonische Spasmen der Glieder und gleichzeitige Deviation der Augen nach rechts auf. Wenige Augenblicke später traten am rechten Vorderarm und in der Submammlargegend der rechten Brustwand multiple runde Infiltrationszonen von weißlicher Verfärbung auf. Das Bewußtsein kehrte bald zurück, auch die übrigen Erscheinungen hatten sich innerhalb von 24 Stunden fast restlos zurückgebildet. Verf. nimmt an, daß die Nadel nicht in einen freien Pleuraspalt geraten war, sondern in einen Alveolus, und dadurch Luft in das pulmonale Venensystem gelangt ist und dann in die Verzweigungsstellen der rechten Carotis interna, der Brachialis und wahrscheinlich der rechten Mammaria interna. Der rasche und glückliche Verlauf des Zwischenfalles zeigt, daß die Luft rasch resorbiert wurde und nicht in die vitalen Zentren der Medulla oblongata gelangt ist.

Köstler (Berlin-Niederschöneweide).^{oo}

Walder: Änderungen des Strafrechtes. „Ärztlich gebotene Schwangerschaftsunterbrechung“ — Erlaubte Körperverletzung — Vor dem Sterilisierungsgesetz. *Dtsch. Ärztebl.* 1933 I, 247—248.

Joachim: Gesetz zur Abänderung strafrechtlicher Vorschriften. Vom 26. Mai 1933. *Z. ärztl. Fortbildg* 30, 415—418 (1933).

Durch den neuen § 219 wird insofern eine Lücke im Strafgesetz ausgefüllt, als nunmehr die Ankündigung und öffentliche Ausstellung zur Abtreibung geeigneter Mittel direkt verboten ist. Von besonderer Bedeutung ist die Fassung des Abs. 2 des § 219, in dem zum ersten Male von ärztlich gebotenen Unterbrechungen der Schwangerschaft die Rede ist. Bisher war es nur die Rechtsprechung des RG., die die ärztlich angezeigte Unterbrechung straffrei ließ. Der neue § 226a bezeichnet eine mit Einwilligung des Verletzten vorgenommene Körperverletzung nur dann als rechtswidrig, wenn sie trotz Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt. Damit ist die bisherige Auffassung des RG. über ärztliche Eingriffe beseitigt. Unter die neue Strafbestimmung fallen besonders die nicht zu Heilzwecken vorgenommenen Sterilisierungen. Soweit für solche eugenische Gründe in Betracht kommen, wird das neue Sterilisierungsgesetz maßgebend sein.

Giese (Jena).

Schmitz, Wilhelm: Das neue Strafrecht und der operierende Arzt. *Med. Welt* 1933, 895.

Der durch das Gesetz vom 26. V. 1933 eingeführte § 226a lautet: Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung des Verletzten vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt. Damit ist der Widersinn in der Rechtsprechung des RG., die jede Operation begrifflich als Körperverletzung ansah, beseitigt. Damit ist aber auch die mit Einwilligung vorgenommene Sterilisierung nicht mehr strafbar, es sei denn, sie sei sittenwidrig (aus Erwägungen der Genußsucht u. ä.) vorgenommen worden.

Giese (Jena).

Philipsborn, Alexander: Ärztliche Haftung und ihre Grenzen. *Klin. Wschr.* 1933 II, 1187—1188.

Bei der Frage über die ärztliche Haftung stehen sich im Schrifttum 2 Richtungen gegenüber: Die eine tritt für ihre Erweiterung ein (in letzter Zeit besonders Haberland), die andere will sie mehr begrenzen. Verf. vertritt letztere Auffassung und warnt, die Gesetzgebung oder Rechtsprechung im anderen Sinne zu ändern.

Nach geltendem Recht setzt die Haftung des Arztes Verschulden voraus, d. h. — wenn wir vom Vorsatz absehen — Fahrlässigkeit. Es kann sich dabei um eine allgemeine Fahrlässigkeit handeln, die etwa auf mangelndem Wissen beruht, oder eine spezifische, d. h. darauf, daß der Arzt bei einer bestimmten Behandlung nicht die notwendige Sorgfalt walten ließ. Im allgemeinen stellt das Reichsgericht in jeder Hinsicht sehr hohe Anforderungen. Eine weitere Verschärfung der ärztlichen Haftung liegt in der Umkehrung der Beweislast zu Ungunsten

des Arztes. Die Beweislast des Patienten wird insofern erleichtert, als bei typischen Geschehensabläufen zunächst die überwiegende Wahrscheinlichkeit genügt, daß der objektiv durch den Arzt verursachte Schaden auf seinem Verschulden beruht und letzterer nun den Beweis dadurch entkräften muß, daß er dardut, der ungünstige Erfolg könne auch ohne sein Verschulden eingetreten sein. Die auch von Haberland aufgestellte Forderung, auch für objektiv mißglückte Behandlung eine Schadenersatzpflicht einzuführen, ist zu verneinen. Gegenüber der etwaigen Schädigung durch neuartige Heilmethoden besteht ein Schutz in der vom R.G. sehr gesteigerten Aufklärungspflicht des Arztes, wenn er nicht genügend erprobte Mittel oder Methoden anwenden will. (Haberland. vgl. diese Z. 21, 164.)

Alfred Eliassow (Frankfurt a. M.).

Simon, Jules: Le consentement de la victime justifie-t-il les lésions corporelles? (Macht das Einverständnis des Opfers Körperverletzungen straffrei?) *Rev. Droit pénal.* 13, 457—476 (1933).

Die bekannte Regel „*volenti non fit injuria*“ wird vom Verf. einer eingehenden Untersuchung unterzogen, mit Beziehung auf die Tatbestände aus dem Bereich der Körperverletzungen und der Tötung. Bei der chirurgischen Operation wird u. a. die Frage ventiliert, ob eine Frau zum Zwecke einer kosmetischen Operation frei über ihren Körper verfügen kann, und nach französischem Recht wird festgestellt, daß eine gebärfähige Frau strafbar ist, wenn sie eine Mammaoperation, welche zur Störung des Säuagegeschäftes führt, nur aus kosmetischen Gründen machen läßt. Ebenso strafbar ist die Sterilisation aus rein eigensüchtigen Gründen (vgl. die Strafrechtsentwürfe, u. a. den deutschen von 1927, sowie das neue deutsche Reichsgesetz über die Sterilisation). Ob eine Sterilisation zur Ermöglichung höherer wissenschaftlicher oder religiöser Leistungen erlaubt sei, diese Möglichkeit wird vom konfessionellen Standpunkt aus abgelehnt. Angeblich gäbe es in Deutschland eine Reihe von Anhängern dieser Lehre (? Ref.). Betonung des Leitsatzes, daß das Individuum Herr seiner Glieder ist, solange, als sein eigenes Interesse nicht in Konflikt mit sozialen Interessen kommt. Es wird dem Chirurgen die Erlaubnis zur Operation zugebilligt, wenn der Patient dieselbe wünscht, um einen erblich belasteten Nachwuchs zu vermeiden. Es ist weiter die Rede von Transplantationen, speziell der Keimdrüsen (nichts Neues!). Es wird die Transplantation des einen Hodens auf einen anderen für erlaubt erklärt, weil dadurch keine Schädigung des allgemeinen staatlichen Interesses an der Fortpflanzungsfähigkeit der Staatsbürger einträte. Weitere Möglichkeiten bei kosmetischen Operationen werden erörtert. Wenn für den Staat keine Schädigung daraus resultiert, werden sie im allgemeinen für rechtszulässig erklärt.

Walcher (Halle a. d. S.).

Schmitz, Wilhelm: Leichenschau und ärztliches Berufsgeheimnis. Nebst einem Anhang: Behördliches Dienstgeheimnis. *Dtsch. Ärztbl.* 1933 I, 125—127.

Verf. gibt einen Überblick über die Zwecke der staatlich eingeführten Leichenschau nach einem Hinweis auf den Beschluß des Deutschen Ärztetages 1900: „Die gesetzliche Einführung der obligatorischen Leichenschau ist im Interesse der Volkswohlfahrt eine Notwendigkeit. Die Leichenschau ist von in Deutschland approbierten Ärzten auszuführen.“ Weiter weist Verf. auf die außerordentlich verschiedene Regelung der Leichenschau in den deutschen Ländern hin. Auch in den einzelnen Ländern selbst ist die Leichenschau keineswegs einheitlich geregelt, wie z. B. in Preußen, wo nur 72% der Bevölkerung überhaupt einer obligatorischen Leichenschau unterliegen, trotz Zuhilfenahme nichtärztlicher Leichenbeschauer. Im übrigen unterscheidet Verf. 1. obligatorische Leichenschau, 2. ärztliche Leichenschau, 3. nichtärztliche Leichenschau, 4. teils ärztliche, teils nichtärztliche Leichenschau. Es wird auf das Verzeichnis der Todesursachen von 1904 hingewiesen, herausgegeben vom Reichsgesundheitsamt. Auffallenderweise erwähnt Verf. nicht die Ausgabe 1932 des „ausführlichen systematischen Verzeichnisses der Todesursachen“, welche durch die Regierungen des Deutschen Reiches und der anderen Länder seit 1932 entsprechend dem ausführlichen Todesursachenverzeichnis gemäß seiner 4. Revision vom Jahre 1929 eingeführt wurde. Es werden weiterhin die landesrechtlichen Vorschriften, betreffend die Leichenschau bei der Feuerbestattung, ganz kurz dargestellt, hauptsächlich die preußischen Be-

stimmungen. Hinsichtlich der Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses weist Verf. darauf hin, daß die Preisgabe der Todesursache auf Grund rechtlicher Vorschriften nicht nur rechtmäßig, sondern pflichtmäßig für den Arzt ist. Es handelt sich ja nicht um ein „anvertrautes Privatgeheimnis“. In den seltenen zweifelhaften Fällen (Konfliktmöglichkeit zwischen den Interessen des Verstorbenen und den Interessen der Hinterbliebenen) gibt Verf. den Rat, den Totenschein der zuständigen Behörde selber einzureichen. Schließlich wird noch auf die Pflicht zur Dienstverschwiegenheit der Beamten der Polizei usw. hingewiesen, welche kraft allgemeiner Amtspflicht und kraft Amtseides besteht. Auf die bedauerliche behördliche Mitteilungsunsitte auf Drängen der Presse in den letzten Jahren wird aufmerksam gemacht. Wenn die Möglichkeit besteht, daß der Totenschein mit den darin enthaltenen ärztlichen Angaben zur Kenntnis von irgendwelchen Privatpersonen kommt, so soll der Arzt die betreffende ärztliche Angabe als vertraulich besonders vermerken. *Walcher* (Halle a. d. S.).

Schmitz, Wilhelm: Verpflichtung des Arztes, zu einem als tot gemeldeten Gasvergifteten auf jeden Fall sofort zu kommen? *Med. Welt* 1933, 1077—1078.

Ein Arzt, der während der Sprechstunde benachrichtigt wird, daß eine chronisch Kranke, die er abends zuvor sterbend verlassen hatte, nachts sich mit Leuchtgas getötet habe, verschiebt seinen Besuch wegen der Aussichtslosigkeit von Wiederbelebungsversuchen um 2 Stunden. Er wird von der Gendarmerie zur Toten, die nach Aussage der Angehörigen schon beim Auffinden der Leiche Totenflecke hatte, zitiert und wegen grober Pflichtverletzung mit Strafanzeige bedroht und öffentlich für den Todesfall verantwortlich gemacht. Er erstattet Anzeige gegen den Beamten wegen Beleidigung.

Verf. führt aus, daß rechtlich eine Beleidigung durch die — in gehöriger Form gemachten — Vorhaltungen des Gendarmen und die Androhung einer Anzeige nicht gegeben sei. Der Arzt war aus dem noch laufenden Dienstvertrag mit der Kranken (hier durch einen Stellvertreter) von der Hilfsbedürftigkeit unterrichtet worden und mußte der sich aus dem Vertrag ergebenden Pflicht sofortiger Hilfeleistung nachkommen, auch ohne ausdrückliche Aufforderung. Die Laiendiagnose „Leuchtgastod“ war nicht objektiv sicher. Eine Anzeige wegen „fahrlässiger Tötung“ sei zulässig. — Über die Begründung der amtlichen Zitierung des Arztes durch die Polizei zur Toten sagt Verf., daß hier § 360, 10 StGB. nicht zutrifft, weil Selbstmord kein Fall gemeiner Gefahr oder gemeiner Not ist. Ein polizeilicher Notstand, d. h. eine augenblickliche Situation, in der die eigenen Hilfsmittel der Polizei nicht ausreichen, die ihr obliegende staatliche Pflicht (Rettung eines Lebens) zu erfüllen, sei nach bisheriger Auslegung auch nicht gegeben, weil bei solchem Notstand die Polizei nur zur Heranziehung jedes Staatsbürgers zur Aufnahme eines Verletzten, aber nicht zu einer Tätigkeit berechtigt sei. Er meint aber, daß nach heutiger Auffassung von den staatsbürgerlichen Pflichten dieses Recht der Polizei zu bejahen sei. — Ob die Kenntnis von der Aussichtslosigkeit der Wiederbelebungsversuche den Arzt von dem Vorwurf des fahrlässigen oder auch nur standeswidrigen Handelns befreie, sei ärztlich, nicht juristisch, zu prüfen.

P. Fraenckel (Berlin).

Schläger: Ärztliche Rechtsfragen. *Med. Klin.* 1933 I, 863.

Eine Frau hatte bei einer Operation eine Blasenverletzung davongetragen und klagte auf Schadensersatz. Der beklagte Arzt wandte ein, die bei der Klägerin noch vorhandenen Beschwerden seien überwiegend auf ihr eigenes Verschulden zurückzuführen, da sie eine nochmalige Operation verweigere. Diesen Einwand hat das RG. in seinem Urteil vom 31. I. 1933 abgelehnt: die Wiederherstellung des mangelhaften Blasenverschlusses durch eine neue Operation sei nicht einigermaßen sicher, die Nachbehandlung mit Dauerkatheter unangenehm und schmerzhaft; außerdem habe die Klägerin bereits drei schwere Operationen vergeblich über sich ergehen lassen müssen. Der als Sachverständiger ernannte Arzt darf in seinem Gutachten Kenntnisse über den zu Untersuchenden, die er vor seiner Ernennung in ärztlicher Eigenschaft erfuhr, nicht verwerten, da für diese die Schweigepflicht gilt. *Giese* (Jena).

Schläger: Notrecht des Arztes. *Münch. med. Wschr.* 1933 I, 833.

Das OLG. Dresden hat in einem Urteil vom 31. VIII. 1932 entschieden, daß dem kraftfahrzeugfahrenden Arzt ein die Bestrafung ausschließender Rechtfertigungsgrund zur Seite steht, wenn die Verletzung der Verkehrsvorschriften das einzige Mittel ist, um das wertvollere Rechtsgut — Rettung eines Kranken aus Lebensgefahr — zu erhalten. Ebenso hat das KG.

einen Fall entschieden, in welchem ein Arzt, der einen dringenden Krankenbesuch zu machen hatte, mit seinem Kraftwagen die Fahrt fortgesetzt hatte, obgleich die Beleuchtung am Wagen versagte. Eine Möglichkeit, rasch Abhilfe zu schaffen, hatte gefehlt. *Giese (Jena).*

Lehmann, Rudolf: Beschlagnahme und Herausgabe von Krankengeschichten. (*Reichsjustizministerium, Berlin.*) Dtsch. Ärztebl. 1933 I, 229—230.

Verf. hält die von verschiedenen Seiten unternommenen Versuche, Krankengeschichten von der Beschlagnahme im Strafprozeß auszunehmen, für aussichtslos, da sie seiner Ansicht nach mit dem geltenden Recht nicht vereinbar seien. Er macht darauf aufmerksam, daß aus dem Gesamtgebiet des Berufsgeheimnisses, das für den Arzt viel umstrittener sei wie für den Rechtsanwalt, gerade die Frage der Behandlung von Krankengeschichten in wichtigen Punkten ungeklärt und in vielem streitig sei. Nach § 300 des StrGB. werden mit Strafe bedroht Ärzte, Wundärzte, Hebammen, Apotheker sowie die Gehilfen dieser Personen, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind. Die Zivilprozeßordnung räumt das Zeugnisverweigerungsrecht allen genannten Personen ein, während die Strafprozeßordnung das Recht der Zeugnisverweigerung unter den in § 300 genannten Personen ausschließlich den Ärzten zuerkennt. Diese Inkongruenz zwischen Schweigepflicht einerseits und Zeugnisverweigerungsrecht andererseits wird meist nicht genügend beachtet. Nach § 54 StrPO. sind Gegenstände, die als Beweismittel von Bedeutung sein können, in Verwahrung zu nehmen oder in anderer Weise sicherzustellen. Da Krankengeschichten als Beweismittel im Strafprozeß eine bedeutende Rolle spielen können, so kommt fraglos auch ihre Beschlagnahme in Betracht, so sehr diese auch praktisch das Gegenteil von dem bedeute, was das Gesetz erreichen will, wenn es dem Arzt ein Zeugnisverweigerungsrecht einräumt. Ein Versuch, die Beschlagnahme mit § 97 StrPO. zu verhindern, muß fehlschlagen, da eine Krankengeschichte keine schriftliche Mitteilung zwischen Beschuldigten und Personen, die zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt sind, darstellen, ebensowenig kann § 95 herangezogen werden. Die Verschiedenheit zwischen dem Kreis der schweigepflichtigen und der zeugnisverweigerungsberechtigten Personen ist gewollt und beabsichtigt gewesen, weil man hiermit eben die Mittel zur Erforschung der Wahrheit im Strafprozeß nicht zu sehr einschränken wollte. Eine Verbesserung der jetzt bestehenden Vorschriften kann nach dem Verf. erst durch eine Strafrechtsreform erzielt werden, für die vorgesehen sei, daß Aufzeichnungen, die sich eine zur Zeugnisverweigerung berechtigte Person gemacht hat, der Beschlagnahme nicht unterliegen sollen. *Spiecker.*

Lanyar, Franz: Ist die Weitergabe von Ärztemustern durch den Arzt verboten und strafbar? Wien. klin. Wschr. 1933 I, 621—624.

Ein Arzt in Steiermark war in 1. und 2. Instanz wegen Weitergabe von Ärztemustern zu einer Geldstrafe verurteilt worden. Der § 28 des Österr. Apothekengesetzes verbietet Ärzten das „Dispensieren“ von Heilmitteln. Da dieser Begriff im Gesetz nicht näher definiert ist, so ist nach Verf. eine begriffliche Ergänzung notwendig, da auch nach mehrfachen Beschlüssen der Wiener Ärztekammer die unentgeltliche Weitergabe solcher Muster nicht unter den Begriff Dispensieren fällt. *Giese (Jena).*

Ebermayer: Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Dtsch. med. Wschr. 1933 I, 62—63, 456—457, 581—582 u. 737—738.

Die Frage der Strafbarkeit der Abgabe von Ärztemustern hat ihre Bedeutung verloren, da nach dem Notverordnungsrecht Übertretungen nur verfolgt werden, wenn das öffentliche Interesse es erfordert, was hier nicht der Fall ist. Ein Ausländer, der in Deutschland lebt, dort aber noch nicht eingebürgert ist, darf sich nicht als Dr. med. bezeichnen, wenn er nicht zugleich die Approbation als Arzt besitzt, auch dann nicht, wenn er an einer deutschen Universität promoviert ist. Denn die Bezeichnung Dr. med. ist ein ärztähnlicher Titel, den nur der in Deutschland approbierte Arzt führen darf. — Der leitende Arzt eines Krankenhauses war mit einer Klage vom Arbeitsgericht abgewiesen und auf die ordentlichen Gerichte verwiesen worden, weil er nicht Arbeitnehmer sei. Das Reichsarbeitsgericht hat ihn dagegen als rechtlich wie tatsächlich vom Krankenhaus abhängig und dem Krankenhaus zu fortgesetzter ärztlicher Tätigkeit verpflichtet und damit als Arbeitnehmer anerkannt. Ein Gefängnisarzt hatte einen Gefangenen ursprünglich wegen Rheumatismus behandelt, dann aber wegen Verdachtes auf bösartige Geschwulst haftunfähig erklärt. Nach der Entlassung wurde Sarkom festgestellt, dem der Kranke erlag. Die Hinterbliebenen verklagten den Staat. LG. und OLG. wiesen die

Klage ab, ebenso verwarf das RG. die Revision: Die Grundsätze des Primafaciebeweises seien nicht verkannt. Die Rechtsprechung nehme ständig an, daß dann, wenn eine Tatsache bewiesen sei, die zur Erklärung des eingetretenen schädigenden Erfolges geeignet und nach dem natürlichen Verlauf der Dinge als seine Ursache anzusehen sei, nunmehr der Gegner dartun muß, es könnten andere Ursachen ihn herbeigeführt haben. Diese Grundsätze gälten auch bei Kunstfehlern des Arztes. Bei einer Sarkomerkrankung sei eine solche Sachlage nicht gegeben, da auch eine rechtzeitige Operation nur in den seltensten Fällen zur Heilung führe. — Ein Chemiker vertrieb ein Tonikum für Zuckerkranken unter Beifügung von Drucksachen, in denen er von den üblichen Ernährungsvorschriften abweichende Verhaltensmaßregeln gab und eine Haftpflicht ablehnte. Eine zuckerkranke Frau nahm das Mittel und starb im Koma. Die Verurteilung zu 6 Monaten Gefängnis wegen fahrlässiger Tötung wurde vom RG. bestätigt. Ein Arzt hatte durch einen Anschlag in seinem Kraftwagen: „Sie fahren in diesem Wagen auf eigene Gefahr“ die Haftung ausschließen wollen. Eine Mitfahrende war zu Schaden gekommen durch Schleudern des Wagens, weil der Fahrer trotz großer Geschwindigkeit das Steuer nicht festgehalten hatte. Die Entscheidung des OLG., daß die Klägerin, die sich dem Beklagten anvertraut hat, mit einem solchen, auf grober Unvorsichtigkeit beruhenden Verhalten nicht zu rechnen brauchte, und daß ihr Verzicht sich jedenfalls nicht auf eine derartige Unachtsamkeit erstreckt habe, wurde vom RG. ausdrücklich gebilligt. *Giese (Jena).*

Zeiler, A.: Der nichtärztliche Heilbehandler vor dem Reichsgericht. Eine neue grundsätzliche Entscheidung zur Frage der Fahrlässigkeit. Dtsch. Ärztbl. 1933 I, 67—70.

Verf., Jurist und Reichsgerichtsrat, bespricht ein vom RG. ergangenes Urteil, das eine grundsätzlich neue Entscheidung zur Frage der Fahrlässigkeit bringt und das für den Kampf gegen das Kurpfuschertum bedeutungsvoll ist. Voraussetzung für die Vermögens- und Strafhafteung bei Kunstfehlern vom Arzt und nichtärztlichem Heilbehandler ist fehlerhaftes Handeln und ein Verschulden, wobei zu prüfen ist, ob der Schädiger bei pflichtmäßiger Aufmerksamkeit und gewissenhafter Berufsausübung anders hätte verfahren müssen, als er in concreto gehandelt hat. Dies hat zur Folge, daß der Arzt hinsichtlich der vermögensrechtlichen Haftung und der strafrechtlichen Verantwortung strenger beurteilt wird als der Heilbehandler, da der Mangel an Vorbildung dem Heilbehandler zum Vorteil gereicht. Nach dem Verf. wird dies auch vom RG. als unsachgemäß und unerfreulich empfunden, muß aber auf dem Boden des geltenden Rechts als unabweislich hingenommen werden.

In dem besprochenen Urteil des RG. handelte es sich um einen Heilbehandler, der 5 Jahre als Homöopath und „Iridologe“ tätig war und eine fieberhafte Blinddarmentzündung mit homöopathischen Mitteln, kalten und heißen Umschlägen und nach der Perforation, die er als „schwere Darmkolik“ deutete, mit Massage des Bauches behandelt hatte, und beschuldigt wurde, sich der fahrlässigen Tötung schuldig gemacht zu haben (Mai 1930). Das Landgericht sah sowohl den objektiven Tatbestand (ursächlicher Zusammenhang und eingetretener Erfolg), als auch den subjektiven Tatbestand (Voraussehbarkeit des Erfolges bei Anwendung der erforderlichen Aufmerksamkeit) als erfüllt an und verurteilte den Heilbehandler. Das RG. hob das Urteil auf und verwies die Sache an das Landgericht zurück. Es machte Bedenken gegen den Nachweis der Fahrlässigkeit geltend. Bewußte Fahrlässigkeit hielt das RG. nicht für erweisbar, da nicht ersichtlich sei, daß der Angeklagte den Tod der Kranken als mögliche Folge seines Verhaltens wirklich vorausgesehen habe; bloße Voraussetzung, daß eine Blinddarmentzündung möglicherweise zum Tode führen könne, genüge dazu nicht. Besonders ausführliche Darlegungen werden über die unbewußte Fahrlässigkeit gegeben. Erforderlich ist der Nachweis, daß der Angeklagte eine aus der Rechtsordnung sich ergebende Sorgfaltspflicht verletzt habe, obwohl ihm ihre Erfüllung zugemutet werden konnte und daß er den rechtswidrigen Erfolg als mögliche Folge seines pflichtwidrigen Verhaltens hätte voraussehen können. Es wird ausdrücklich betont, daß die Kurierfreiheit für Krankheiten aller Art, auch für schwere Krankheiten gilt, und daß die allgemein oder weitaus überwiegend anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft im Grundsatz keine Vorzugsstellung vor den von der Wissenschaft abgelehnten Heilverfahren ärztlicher Außenseiter oder nichtärztlicher Heilbehandler haben. Der nichtärztliche Heilbehandler müsse zwar wie der Arzt auch ohne besondere Erfolgssicherung in möglichst zuverlässiger Weise auf einen Heilerfolg hinarbeiten und die allgemein anerkannten Grundsätze der Heilkunde, so regelmäßige und zuverlässige Fiebermessungen vornehmen, ferner die von gewissenhaften Vertretern des von ihm selbst angewandten Verfahrens allgemein anerkannten Grundsätze beachten und sei endlich verpflichtet, bei Hervortreten bedrohlicher Anzeichen für einen Mißerfolg seiner Behandlungsweise diese aufzugeben bzw. einen Arzt oder Facharzt zuzuziehen. Dagegen sei er nicht verpflichtet, ein Heilmittel oder Heilverfahren, das gegenüber einer bestimmten Krankheit nach dem augenblicklichen Stand der ärztlichen Wissen-

schaft weitaus überwiegend als das wirksamste gilt, auch dann anzuwenden, wenn seine auf sachliche Gründe gestützte persönliche Überzeugung mit der überwiegenden Meinung nicht übereinstimmt. Das Urteil des Landgerichts gehe davon aus, daß nach der herrschenden Ansicht jede schwere Blinddarmentzündung so früh als möglich operiert werden müsse, selbst nach einem Durchbruch, während Vertreter der „konservativen Methode“, zu denen auch approbierte Ärzte wie der Sachverständige, Prof. Dr. K., gehöre, nach dem Ablauf von 48 Stunden bis zum Eintritt eines „Intervalls“ nicht operierten, sondern sich abwartend verhielten. Ebenso wie Prof. Dr. K., wenn er zu behandeln gehabt hätte, nach der seiner Überzeugung entsprechenden konservativen Methode hätte verfahren dürfen, hätte auch der Angeklagte hiernach verfahren dürfen, sofern er nur die hierfür erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse besaß und die dieser Methode entsprechenden Regeln sorgfältig beachtete.

Der springende Punkt nach den Ausführungen des RG. ist also, ob und inwieweit der Heilkundige nach seinen persönlichen Verhältnissen zur Erkennung und Erfüllung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt und zur Erkenntnis der ursächlichen Bedeutung seines Verhaltens imstande war. Sehr richtig bemerkt dazu in einer Zusatzäußerung die Schriftleitung, da hierdurch letzten Endes jeder objektive Maßstab bewußt ausgeschaltet und die Prüfung der Fahrlässigkeit gewissermaßen in die Seele und geistige Individualität des nicht approbierten Täters verlegt werde, so müsse der Eindruck entstehen, daß das, was den Arzt gegebenenfalls belaste, nämlich der Mangel an Können und Wissen, für den nicht ärztlichen Heilbehandler zum Freibrief werde. Das RG. führt die bestehende Gesetzeslage ad absurdum, indem es durch seine ihrem grundsätzlichen Inhalt nach sich gleichbleibenden Entscheidungen dartut, daß es infolge dieser Gesetzeslage sehr schwer ist, dem Kurpfuscher durch das Strafgesetz beizukommen, auch wenn der ursächliche Zusammenhang erwiesen ist. Der Gesetzgeber hat jetzt das Wort, diesen schreienden Mißständen durch eine Änderung unhaltbarer Gesetze abzuhelfen, unter deren Schutz andauernd unglaubliche und unverantwortliche Verbrechen an Gesundheit und Leben gutgläubiger und urteilsloser Volksgenossen begangen werden, ohne daß die Gerichte durchgreifen können. — Es sei hier auf eine Kritik hingewiesen, die der Ordinarius der gerichtlichen Medizin in Jena, Prof. Giese (vgl. diese Z. 21, 248), an diesem Urteil des RG. zutreffend ausübt. *Ziemke* (Kiel).

Schiff: Biochemische Berater üben die Heilkunde gewerbsmäßig aus, auch wenn die erzielten Einnahmen an den Verein abgeführt werden. Entscheidung des Kammergerichts vom 11. IV. 1933. Gesch.-Nr. 1 S. 74/33 — 5 C. 186/32. Rechtsprechg u. Med.-Gesetzgeb (Sonderbeil. d. Z. Med.beamte 46) 46, 25—26 (1933).

Die Beraterin eines biochemischen Vereins hielt regelmäßig Sprechstunden ab, führte aber die vereinnahmten Beträge an den Verein ab. Gegen eine Strafgeldfestsetzung der Polizeibehörde wegen Nichtanmeldung beim zuständigen Kreisarzt beantragte sie gerichtliche Entscheidung beim Amtsgericht, die zu ihren Gunsten ausfiel. Auf Revision des Staatsanwalts hob das KG. das Urteil auf und verurteilte zu einer Geldstrafe von einer Mark. Nach Ansicht des KG. liegt eine gewerbsmäßige Ausübung der Heilkunde auch dann vor, wenn das Entgelt dafür an den Verein abgeführt wird, da sonst der Wille des Gesetzgebers, die Kurpfuscherei unter eine gewisse staatliche Kontrolle zu stellen, vereitelt wird. Folgt man der Ansicht des AG., dann können weder die Mitglieder des Vereins strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden, da sie die Heiltätigkeit selbst nicht ausüben, noch die in deren Auftrag unentgeltlich Handelnde.

Giese (Jena).

Dressler, v.: Maßnahmen der Ärztekammer zur Bekämpfung des Kurpfuschertums. (Ver. d. Ärzte Düsseldorfs, Sitzg. v. 14. III. 1933.) Münch. med. Wschr. 1933 II, 1154 bis 1155.

Die Kurpfuscher, deren Zahl auf über 50000 gestiegen ist, verfügen über eine glänzende Organisation, reiche Geldmittel, eine geschickt geleitete Presse, gewandte Geschäftsführer. Durch Gründung einer Gesellschaft für Irisforschung, eines pathologischen und physiologischen Instituts in München suchen sie eine Wissenschaftlichkeit vorzutäuschen. Unvorsichtige Äußerungen von Ärzten in der Literatur werden zum rücksichtslosen Kampf gegen unseren Stand ausgenutzt, welcher ihnen durch ihre Abstammung aus der großen Masse erleichtert wird. Das Volk weiß nicht, daß keine Vorkenntnisse zum Beruf eines Kurpfuschers erforderlich, daß die prahlerischen Titel willkürlich beigelegt sind. Es läßt sich durch die ungeheure Agitation betören. Diesen

Bestrebungen soll eine aufklärende Bearbeitung der verschiedenen Bevölkerungsteile durch Männer entgegengesetzt werden, die in besonderen Schulungskursen vorbereitet werden. Eine solche von der Ärztekammer unterstützte Organisation wird auch nach Erreichung des Kampfzieles nämlich eines absoluten Verbotes der Kurpfuscherei zur Durchführung desselben nötig sein. *Klix* (Berlin).

Versicherungsrechtliche Medizin.

Boschi, G., A. Ghedini e F. Barison: Caratteristiche sintomatologiche della paralisi progressiva traumatica. Studiando un caso di paralisi progressiva immediatamente consecutiva a trauma, con complicità chirurgica. (Symptomatologische Charakteristica der traumatischen progressiven Paralyse. Ein Fall von progressiver Paralyse als unmittelbare Folge eines Traumas mit chirurgischer Komplikation.) (*Cattedra di Infortunist., Univ., Ferrara.*) Giorn. Psichiatr. **60**, 331—343 (1932).

Am 26. X. 1931 erhielt ein 39jähriger Patient mit sonst belangloser Vorgeschichte bei einem Streit einen starken Schlag auf den Kopf, ohne daß er bewußtlos wurde. Der Arzt stellte 2 Wunden in der Frontoparietalregion fest, die nach 10 Tagen geheilt waren. Am 3. XI. nach einer Radtour von 180 km Sprach- und Denkstörung, Zittern der Hände. Befund: Langsame skandierende Sprache mit Stottern und Steckenbleiben. Augenbefund o. B. Wahrnehmung, Gedächtnis o. B. Da der Patient Entschädigungsansprüche stellt, wird eine post-traumatische Neurose diagnostiziert. Am 7. XI. stellt der Chirurg eine wahrscheinliche Fraktur der Schädeldecke fest. Liquorsediment: Eiweiß leicht vermehrt, Glykose 0,60%; Nonne-Apelt schwach positiv; Pandy negativ; einige Polynucleäre und Lymphocyten. 14. XI. Dekompressiv-trepanation. 24. XI. generalisierte Krämpfe, die sich am nächsten Tage wiederholen. 27. XI. Wassermann in Blut und Liquor + + + +. Pupillenreaktion ist noch im Mai 1932 erhalten. Aus dem atypischen Verlauf und der schnellen Entwicklung der Symptome schließt der Verf. auf die unmittelbare traumatische Auslösung der Syndrome. *Friedemann* (Oetwil/Schweiz).

Stern, F.: Zur gutachtlichen Bedeutung der epidemischen Encephalitis. Ärztl. Sachverst.ztg **39**, 155—158 (1933).

Der mitgeteilte Fall ist dadurch ausgezeichnet, daß die akute Encephalitis bereits im April 1915 während der Militärzeit in Bad Orb durchgemacht wurde und sogar die Diagnose auf Encephalitis (wenn auch natürlich nicht epidemica, sondern haemorrhagica) gestellt war, während sonst die akute Encephalitis in diesen ersten Jahren fast stets diagnostisch verkannt wurde. Spätere psychische Störungen führten zur Diagnose einer Schizophrenie, und bis zur Begutachtung im Jahre 1932 hieß das D.B.-Leiden „geistige Erkrankung“, obwohl sich seit 1921 ein Parkinsonismus entwickelt hatte. *Autoreferat.*

Baumm, Hans: Die Strukturänderung unseres Krankenbestandes im Lichte der sogenannten Neurosenfrage. (*Nervenstat., Versorgungsärztl. Untersuchungsstelle, Königsberg.*) Mschr. Unfallheilk. **40**, 273—276 (1933).

Baumm weist darauf hin, daß unter den zu Begutachtungszwecken seiner versorgungsrätlichen Untersuchungsstelle zugewiesenen Kranken die Zahl der sog. Neurotiker seit dem Jahre 1926 prozentual dauernd sinkt. Er belegt dies durch eine graphische Darstellung, die die Jahre 1924—1932 umfaßt und die zeigt, daß dem gegenüber prozentual organische Kranke zugenommen haben. Ähnlich wie Stier es für Berufsgenossenschaften, für die Post und für die Eisenbahn betont habe, so verschwänden also auch hier die „Zitternden, Gelähmten, Bettlägerigen, Stöhnenden, Verbitterten, sich und der Welt zur Last fallenden Neurotiker schon seit Jahren mehr und mehr“. B. glaubt, daß diese erfreuliche Tatsache der annähernd erreichten Einheitlichkeit der ärztlichen Begutachtung zu verdanken sei, den Anschauungen, wie sie Strümpell vor dem Kriege vertreten habe und wie sie nach der Kriegstagung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte 1916 allgemeine Anerkennung gefunden hätten. Vor allen diesem hält er für bedeutungsvoll die bekannte Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 24. IX. 1926, wobei darauf hingewiesen wird, daß gerade seit 1926 der starke Rückgang zu beachten sei. B. verteidigt diese Entscheidung, wenn sie auch keine ideale Lösung gebracht habe. *Karl Pönitz* (Halle a. d. S.).°°

Simonson: Eine neuerliche Stellungnahme des Reichsgerichts zur Rentenneurose. Med. Welt **1933**, 857—858.

Das Reichsgericht hat sich bekanntlich den grundsätzlichen Entscheidungen