

schwunden sind und wieder Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Voraussetzung ist natürlich, daß Wohnung und Arbeitsmöglichkeit gesichert sind. Die Überführung in eine Alkoholikeranstalt wird aber notwendig, wenn Arbeitsvermögen und Einsicht in die erforderliche Alkoholenthaltenheit mangeln. Wenn der Kranke bei gebessertem Zustand nach den gesetzlichen Bestimmungen nicht mehr *gegen* seinen Willen im Geisteskrankenhaus zurückgehalten werden kann und der Beschluß der Nüchternheitsbehörde zur Aufnahme in die Alkoholikeranstalt auf sich warten läßt, tritt oftmals eine längere, höchst unerwünschte Unterbrechung zwischen Krankenhauspflege und Wartung in der Alkoholikeranstalt ein, was fast stets zu Rückfall in Alkoholismus führt. Verf. beleuchtet diesen Mißstand durch ein schlagendes Beispiel aus der Praxis und betont, daß die Heilung eines Alkoholikers durch einen kürzeren Aufenthalt im Geisteskrankenhaus in der Regel nicht zu erreichen ist.

P.H. SCHNEIDER (Stockholm).

Heinrich Meng und Paul Reiwald: Prophylaxe des Verbrechens als sozialärztliches und gesellschaftliches Problem. Hippokrates 23, 62—66 (1952).

Zur Verhütung von Verbrechen müßten menschenwürdige Lebensbedingungen geschaffen, soziale Übelstände beseitigt und Kriminalpsychologie unter Anwendung der Erkenntnisse der Psychoanalyse getrieben werden. Ursache der Kriminalität ist fast immer Verwahrlosung, seltener Affekthandlungen. Schwere affektive Störungen führen bei Minderbemittelten zur Kriminalität [Neurose des kleinen Mannes (STUR)] bei Wohlhabenden zur Neurose. Es fällt daher Neuroseprophylaxe mit Verbrechensprophylaxe zusammen. Der Liebesverlust der Kindheit muß ersetzt werden (Übertragung). Verbrechensprophylaxe besteht auch in der Abschaffung des Krieges. Die Hoffnung erscheint den Verff. sehr gering.

BRITENECKER (Wien).

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Heinz Lossen: Überspitzte ärztliche Sorgfaltspflicht. [Univ.-Röntgeninst., Johannes-Gutenberg-Univ., Mainz.] Hippokrates 23, 197—200, 224—227 und 254—257 (1952).

Erich Aye: Möglichkeiten fahrlässiger Medizinalvergiftungen und ihre Verhütung. Dtsch. Apotheker-Ztg 1952, 40—43.

Verf. berichtet über Medizinalvergiftung. Er bringt eine Statistik von 400 Fällen, zusammengestellt von SENTIS, sowie zahlreiche Beispiele, wie es durch Versehen verschiedenster Art zu schweren Vergiftungen gekommen ist (Verwechslung von Arzneimitteln, „Rezeptfehlern“, Fortlassen wichtiger Anweisungen, Abgabe unreiner Substanzen). Überraschend selten sind Vergiftungen, die durch Verwechslung von Arzneimitteln oder falsche Mengen zustande gekommen sind. Um die Möglichkeit von Vergiftungen herabzusetzen, wird vorgeschlagen: Die Gesamtmenge starkwirkender Arzneimittel sollte immer unter der toxischen Dosis liegen — z. B. bei Mineralsäuren 15%ig, bei Laugen 5%ig —; Schlafmitteln sollte eine geringe Menge eines Brechmittels zugesetzt werden; Ampullen sollten mit roten Hälsen für intravenöse Injektionen, gelben für intramuskuläre Injektionen und grünen für alle Anwendungsarten gekennzeichnet werden; starkwirkende Substanzen müßten auf Fertigpackung wie auf Rezept mit warnenden Aufschriften versehen werden.

O. SCHMIDT (Göttingen).

Unrichtige Liquidation für die Krankenkasse. Münch. med. Wschr. 1952, 1006—1007.

Ein Arzt stellte einem Patienten den Betrag von DM 31.— in Rechnung. Nachträglich erklärte der Patient, er sei in einer Privatkrankenkasse und bat um eine Rechnung für die Kasse. Der Arzt stellte eine neue Rechnung über DM 50.— aus und wollte dadurch erreichen, daß der Pat. die DM 31.— zurückerhielt. Die Kasse lehnte aber die Zahlung ab. Das Oberlandesgericht Köln (Urteil vom 9. 10. 51, Ss 164/51 MDR 1952, S. 55) erachtete Beihilfe zum versuchten Betrug für vorliegend.

BECKER (Düsseldorf).

Alexander Arendt: Rückenmarkschädigung nach Periduralanästhesie. [Hirnforsch.-Inst. d. Univ. Leipzig.] Dtsch. Gesundheitswesen 7, 600—602 (1952).

Verf. gibt einleitend einen Überblick über die häufigsten Komplikationen nach Periduralanästhesie. Er berichtet dann von einem Pat., der 11 Tage nach der Periduralanästhesie die ersten neurologischen Störungen in den unteren Extremitäten bemerkte und nach 96 Tagen an einer Peritonitis mit einem Strangulationsileus verstarb. Die histologische Untersuchung des Rückenmarks ergab eine primäre Degeneration im Sinne SPIELMEYERS. Die Ursache wird in der Periduralanästhesie gesehen, bei der wohl die Dura verletzt wurde und das Anaestheticum in den Liquorraum gelangt ist.

LORKE (Göttingen).

F. Bilger et J.-X. Müller: Les ruptures vésicales spontanées et les ruptures vésicales accours des manoeuvres endoscopiques. (Die spontane Ruptur der Harnblase und die Rupturen nach Endoskopie.) *Strasbourg Méd.*, N. S. 3, 13—37 (1952).

Nach einer Übersicht über die Literatur der spontanen Harnblasenrupturen und solchen im Anschluß an eine Blasenpiegelung berichten die Autoren über 3 Eigenbeobachtungen. Im 1. Fall handelt es sich um einen 45jährigen Pat. mit einer linksseitigen Nierentuberkulose. Bei der Cystoskopie kam es zur Ruptur der Harnblase, die jedoch erst am nächsten Tage durch das Auftreten peritonitischer Symptome diagnostiziert wurde. Unter der Operation wurde eine 0,5 cm große Perforation festgestellt. Einige Tage später trat der Tod ein. Im 2. Fall handelt es sich um eine 59jährige Frau mit einem Tumor an der Einmündung des linken Ureters. Bei einer zur Kontrolle ausgeführten Cystoskopie wurde die Blase perforiert. Der Tod trat 8 Tage nach dem Eingriff ein. Bei dem 3. Fall, einem 61jährigen Mann, handelt es sich um Blasensteine. Hier kam es zu einer Läsion der Blase durch den Lithoclasten. Der Tod trat infolge einer Peritonitis ein. Verff. geben weiterhin einen ausführlichen Überblick über Pathogenese, Pathologie, Diagnostik und Behandlung der Harnblasenrupturen. **BÖHMER (Düsseldorf).**

Hans-Werner Janz: Stellungnahme zu dem Entwurf eines Bundesgesetzes über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehungen und Freiheitsbeschränkungen. *Nervenarzt* 23, 191—193 (1952).

H. W. Gruhle: Unterbringung eines Kranken gegen seinen Willen in der geschlossenen Abteilung einer Heilanstalt. II. [*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Bonn.*] *Nervenarzt* 23, 193 (1952).

Nach einem Beschluß des Oberverwaltungsgerichtes Münster muß bei jedem gegen seinen Willen in einer geschlossenen Anstalt internierten Kranken die Entscheidung des Landesverwaltungsgerichtes eingeholt werden, und zwar auch dann, wenn der Untergebrachte nicht ausdrücklich Beschwerde erhebt. An Stelle des Antrages des Betroffenen tritt dann die im Art. 104 begründete Pflicht derjenigen Behörde, die zur Freiheitsentziehung schreitet, die Entscheidung des Richters zu erwirken. Verf. bezeichnet diese Entscheidung des OVG als besonders unglücklich, weil bei der geringen Zahl der LVG und der hohen Zahl der Einweisungen in geschlossene Anstalten eine geordnete Durchführung des Verfahrens gar nicht möglich sei. Bei Ausgestaltung eines Gesetzes auf der Grundlage des Art. 104 GG müßten psychiatrische Sachverständige gehört werden. **WIETHOLD (Frankfurt a. M.).**

StGB §§ 211, 49: Über allem gesetzten Recht steht ein höheres ungeschriebenes Recht. Vom Menschen geschaffenes Recht kann keinen Anspruch auf Gültigkeit erheben, wenn es dem Naturrecht zuwiderläuft. Wer sich unverschuldet in einer Lage befindet, in der er eine größere Anzahl von todgeweihten Menschen nur dadurch retten kann, daß er eine geringere Anzahl opfert, ist zwar nicht gerechtfertigt, handelt aber strafrechtlich ohne Verschulden. [*SchwurG Köln, Urt. v. 24. 10. 1951. — 24 Ks 1/51. (Nicht rechtskräftig.)*] *Neue jur. Wschr. A* 1952, 358—360.

Ein als grundsätzlicher Gegner der Tötung Geisteskranker bezeichneter Arzt wählte in dem Gewissenskonflikt zwischen der Zulassung der Tötung *aller* dazu bestimmter Kinder und der Opferung eines *Teils* der Pat. das kleinere Übel. Aus den Gründen des Freispruchs: Der Arzt war an sich schuldlos in seine Lage gekommen. Der Begriff des übergesetzlichen Notstandes war hier nicht heranzuziehen, da es sich nicht um die Abwägung von Rechtsgütern verschiedenen Wertes handelte, denn weder das Menschenleben als solches, noch die Anzahl von Menschenleben können einen entscheidenden Gesichtspunkt eines Wertvergleichs darstellen. Das Vorliegen eines Widerstreits von Rechtspflichten ist ebenfalls zu verneinen, da dem Angeklagten nicht die *Rechtspflicht* oblag, dem von der Staatsführung eingeleiteten Mord entgegenzuwirken; die Abwendung der von der Außenwelt kommenden Gefahren gehört nicht in den Pflichtenkreis des behandelnden Arztes. Der Widerstreit bestand zwischen *Rechtspflicht* und *sittlicher Pflicht*. Das vom Gewissen gelenkte moralische Gefühl würde es aber als unbillig empfinden, würde man diesen Arzt, der aus sittlichen Motiven bei der Tötung von Kranken mitgewirkt hat, um die Ausrottung der *ganzen* Gruppe zu verhindern, bestrafen (so auch OGHBrZ, St. 1, 337). Andererseits war das Verhalten des Angeklagten rechtswidrig und zum mindesten vom Standpunkt der reinen Ethik auch schuldhaft, das SchwurG folgte aber dem OGH nicht in der Gleichsetzung des sittlichen mit dem im Strafrecht anzuwendenden Begriff des Verschuldens (obwohl auch der OGH in ähnlichen Fällen Straffreiheit für gegeben ansah): die im Bereich

des Strafrechts herrschende Sozialethik ist nicht völlig inhaltsgleich mit der absoluten Ethik. Schuld vor der Rechtsgemeinschaft im Sinne des StGB setzt „ein bestimmtes sozial erhebliches Maß der Vorwerfbarkeit fehlsamer Willensbildung voraus“. Für den Angeklagten gab es keinen Weg, auf dem er ohne jedes *sittliche* Verschulden aus der Notlage hätte herauskommen können, er ist aber ohne *Rechtsverschulden*. Bedenken gegen diese Auffassung, d. h. die Durchbrechung des nur bei Notwehr und Notstand außer Kraft gesetzten Tötungsverbots, wird mit dem Ausdruck der Hoffnung begegnet, daß die Zeit der Menschenverachtung in dem nunmehr wieder errichteten Rechtsstaat endgültig vorüber ist, d. h. daß derartige Prozesse sich nicht wiederholen werden.

SCHLEYER (Bonn).

Urteil des Bundesgerichtshofs über die Strafbarkeit der Verschreibung großer Mengen von Betäubungsmitteln. [BGH, 2. Strafsenat, Urteil v. 25. 9. 1951. — 2 StR 287/51.] Z. Arztrecht 2, 177—180 (1952).

Ein praktischer Arzt verschrieb mehreren Pat. auffallend große Mengen verschiedener Betäubungsmittel (Btm) (Morphin, Scopolamin, Dolantin, Pervitin u. a.) als Ampullen in Originalpackungen von 5—10 Stück und verabreichte die Btm in einer Mischspritze, wobei er von den einzelnen Ampullen nur einen Teil verwendete und den Rest verwarf. Er versprach sich davon einen besonders günstigen Effekt. Außerdem unterließ er auf verschiedenen Rezepten, die allerdings in den Apotheken nicht beanstandet wurden, die Anschrift des Pat., auf der anderen Seite eigene Anschrift. Die Strafkammer des Landgerichts sprach ihn von der Anklage der Verletzung der §§ 6 und 19 (Verschreibungsverordnung über Btm enthaltende Arzneien) frei. Auf Revision der Staatsanwaltschaft kam der Bundesgerichtshof zu dem Urteil, daß ein Verstoß gegen die genannten Paragraphen vorliegt. Die Menge des verordneten Arzneimittels muß schon bei der Verschreibung medizinisch gerechtfertigt sein. Es kommt für die Begründetheit der ärztlichen Verordnung nicht darauf an, daß die später beim Pat. angewandte Menge ärztlich begründet ist. Bezüglich § 19 VVO genügt die Begründung der Strafkammer nicht, der Arzt habe sich keiner vorsätzlichen Verfehlungen schuldig gemacht, weil es in seiner großen Praxis zu Flüchtigkeiten gekommen, weil er infolge vieler Anfeindungen körperlich erschöpft war und keines der Rezepte von den Apotheken beanstandet wurde.

SAAR (Würzburg).

Willms: Arztrechtliche Fragen vor dem Bundesverfassungsgericht. Z. Arztrecht 2, 133—135 (1952).

Kurzer Bericht über arztrechtliche Verfahren, die noch der Entscheidung harren: Ist das Zulassungsverfahren der Krankenkassen und die Kontingentierung mit dem Recht der freien Berufswahl und der freien Entfaltung der Persönlichkeit (Grundgesetz) vereinbar? Verfahren mit ähnlicher Fragestellung wurden nicht nur von Ärzten, sondern auch von Pat. beantragt. — Verfahren über Entziehung der Bestallung. — Beschwerden gegen Zwangsmittelgesellschaften. — Verweigerung der Genehmigung zur Ausübung der Heilkunde von Ausländern. — Verfahren über die Rechtmäßigkeit der zwangsweisen Einweisung einer offentuberkulösen Pat. in eine Heilstätte. — Beschwerden über Zwangsunterbringung Geisteskranker in einer Irrenanstalt. — Verweigerung der Pockenschutzimpfung.

H. W. SACHS (Münster, Westf.).

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation.

Wilhelm Künzer und Theodor Künzer: Zur spontanen Hämiglobinbildung in Hämoglobinlösungen aus Erythrocyten des Blutes junger Säuglinge. [Univ.-Kinderklin. Würzburg.] Klin. Wschr. 1952, 217—219.

Aus dem Hämoglobin entsteht spontan das Hämiglobin. Dieses wird durch glykolytische Fermentsysteme in den roten Blutkörperchen reduziert. Der Blutfarbstoff wird durch die Hämiglobinbildung in der zur reversiblen Sauerstoffbindung fähigen Form erhalten. Unter Verwendung verschiedener Blutproben aus 9 Nabelschnüren von 18 Säuglingen des 1. Trimenons, von 6 Säuglingen des 3. und 4. Trimenons, von 19 Klein- und Schulkindern und von 20 Erwachsenen wurde der Vorgang der spontanen Hämiglobinbildung in wasserhämolytierten Blutkörperchenlösungen untersucht. Dabei war die Geschwindigkeit der Hämiglobinbildung in Hämoglobinlösungen aus Erythrocyten des Nabelschnurblutes bzw. des Blutes von Säuglingen im 1. Trimenon deutlich geringer als in solchen des Blutes von älteren Säuglingen, Kindern und Erwachsenen. Diese Befunde könnten dahingehend gedeutet werden, daß die roten Zellen des Blutes junger Säuglinge besonders wirksame glykolytische Fermentsysteme besitzen. Da aber bei den in vitro-Versuchen durch den Hämolyseprozeß die Zellstruktur der Erythrocyten zerstört wurde, wird man ein sicheres Urteil über die Aktivität der reduzierenden Fermentsysteme fetaler Erythrocyten erst nach Prüfung des Hämiglobinreduktionsvermögens intakter roter Zellen abgeben können.

ROMMENEY (Berlin).