

beten, 2 hatten das Universitätsstudium begonnen, die übrigen waren hinsichtlich der Schulbildung ohne besondere Auffälligkeiten; dem Beruf nach waren die Täter überwiegend Land- oder Handarbeiter. Ihr Alter lag zwischen 15 und 40 Jahren, doch waren nur 5 älter als 33 Jahre. Die Täter, ausnahmslos Männer, stammten aus Kalabrien und von Sizilien. Nur bei 5 Untersuchten war die Familienanamnese negativ; in allen übrigen 29 Fällen lagen bei nahen Verwandten psychische Auffälligkeiten vor, an erster Stelle Alkoholismus des Vaters, sodann Psychosen, Epilepsien, Kriminalität, Selbstmorde u. a. Keiner der 34 Täter konnte als psychisch gesund beurteilt werden; 15 zeigten schizophrene Syndrome, 8 Merkmale der Phrenasthenie, 5 solche der Epilepsie oder verwandter Erscheinungen, 4 wurden als psychopathische Persönlichkeiten und je einer als paranoisch und psychoneurotisch bezeichnet. In einem Falle wurde auch die eigene Ehefrau, in 2 Fällen der Bruder und in einem Falle die Tante zugleich mit dem Elternteil umgebracht. Bei 8 Untersuchten enthielt die persönliche Anamnese keine Besonderheiten, während die gleiche Zahl früher eine Meningitis, Lues oder Typhus durchgemacht hatte; Alkoholismus wurde nur bei 2 Tätern festgestellt. Nach diesem allgemeinen Überblick über die Täterpersönlichkeiten wird einer der Fälle in seinen Einzelheiten behandelt. Täter war hierbei ein 24-jähriger, unehelich als Produkt einer Notzucht geboren; der Vater erkannte zwar die Vaterschaft an, heiratete aber die Mutter nicht. Der Täter wuchs unter ungünstigen Verhältnissen bei der Mutter auf, zeigte frühzeitig nervöse Störungen (Psychoneurose depressiver Prägung); er konnte die Oberschule besuchen, ließ es jedoch an Fleiß fehlen und bestand trotz ausreichender Intelligenz die Reifeprüfung nicht. Schon als Schüler steigerte er sich in eine Animosität gegen den Vater, die in einem Briefwechsel zwischen den beiden deutlich zum Ausdruck kam. Seine Umgebung beobachtete bei ihm Minderwertigkeitsgefühle; auch Suicidabsichten wurden festgestellt. Schließlich machte er sich auf, um den Vater, der inzwischen in einer anderen Stadt verheiratet war und Kinder hatte, aufzusuchen. Er irrte einen Tag herum und streckte den Vater, als er diesem schließlich begegnete, mit zahlreichen Pistolenschüssen zu Boden. Verff. befassen sich des Näheren mit der Konfliktsituation, in die der Täter geraten war, und beurteilen ihn als Psychoneurotiker, der durch den Vatermord die Konfliktslage zu lösen versucht habe.

KONRAD HÄNDEL (Karlsruhe)

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

● **Wilhelm Gubisch: Hellseher, Scharlatane, Demagogen?** Eine experimentelle Untersuchung zum Problem der außersinnlichen Wahrnehmung und der suggestiven Beeinflussung einzelner Menschen und Menschenmassen. Kritik an der Parapsychologie. München u. Basel: Ernst Reinhardt 1961. 213 S. u. 30 Abb. Geb. DM 15.—

Der Verf. gibt einen Bericht über eine drei Jahrzehnte lange experimentelle Tätigkeit, mit der er Parapsychologen und Okkultisten entgegenwirkt. Der Autor hat in zahlreichen Vorträgen und Experimenten mit vielen Menschen ein psychologisch geschickt erarbeitetes Programm aufgebaut, die Okkultgläubigkeit und metaphysisches Denken zu zerstören. Der Verf. zeigt, wie leicht man Menschen und größere Gruppen positiv induzieren kann und wieweit sie dann abergläubischen Vorstellungen und Vorurteilen unter Verkennung oft einfach faßbarer Realitäten zum Opfer fallen. Der Verf. erzeugt bei seinen Versuchspersonen durch Experimente, die er meisterhaft beherrscht, eine Glaubensbereitschaft für paranormale Phänomene (Hellsehen, Telepathie, Psychokinese, Psychometrie und Radiästhesie usw.) und registriert die Ergebnisse dann oder läßt von seinen Versuchspersonen selbst protokollieren, wieweit sie sich in magischen Gedankengängen verstiegen haben. Diese mit mehreren 1000 Versuchspersonen erarbeiteten Protokolle, die der Verf. auswertet, sind ein schlagender Beweis gegen die Echtheit parapsychologischer Phänomene und eine harte Kritik an RHINES Psikräften, die mit besonderer Liebe kritisiert werden, ebenso wie die Arbeiten des Freiburger Parapsychologen Prof. Dr. BENDER. An Hand einiger Beispiele, die der Autor eingehend studiert hat, wird gezeigt, wie schlecht abgesichert die von parapsychologischer Seite durchgeführten Expertisen sind und wie einfach im Prinzip „anerkannte“ Paragnosten (Medien) arbeiten. Da erwiesenermaßen Hellseher auch akademische Parapsychologen als Sachverständige in Strafprozessen auftreten lassen, war es dringend nötig, daß hier mit dem Buch von GUBISCH das Lager der kritischen Naturwissenschaftler endlich wieder gestützt wurde. Das Buch hat deshalb ein so starkes Gewicht vor Gericht, da es das Lebenswerk eines Mannes darstellt, der in Universitäten und Volkshochschulen ein objektives Beweismaterial zusammengetragen hat, wie es in diesem Umfang selten vorgelegt wurde. Litera-

turhinweise zu den wichtigsten Arbeiten erleichtern dem Sachverständigen in einschlägigen Prozessen das Aufsuchen von wichtigen Originalen und das Anbieten von objektiven Unterlagen im Plädoyer.

PROKOP (Berlin)

**E. M. Wellwood: Reasonable care and unreasonable fatigue.** (Mäßige Sorgfalt und übergroße Arbeitsbelastung.) *Lancet* 1961 I, 763—764.

Ein Fabrikarbeiter erleidet durch Fahrlässigkeit eines anderen einen Arbeitsunfall, wobei er sich eine Schädel-Impressionsfraktur zuzieht. Bei der ärztlichen Versorgung wird eine Röntgen-Untersuchung unterlassen, die Fraktur mit Knochensplitter im Gehirn übersehen und nur die Wunde versorgt. Nachdem bei anhaltenden Beschwerden des Arbeiters nachträglich (etwa 8 Monate später) Fraktur und Knochensplitter röntgenologisch diagnostiziert wurden, erfolgt operative Behandlung. Es blieb eine traumatische Epilepsie zurück. — Ein Gericht rügte die Mängel der Erstbehandlung (Unterlassen einer Röntgen-Untersuchung und klinische Fehldiagnose), deren nachfolgende Schäden von der Krankenhausverwaltung zu tragen waren, da Arbeitsüberlastung des Arztes festgestellt wurde.

HEIFER (Bonn)

**Robert Grosemans: Considérations juridiques et déontologiques sur les stérilisations opératoires sur l'homme.** *Rev. droit pénal Crimin.* 41, 875—898 (1961).

**BGB § 839; GG Art. 34 (Staatshaftung bei versorgungsrechtlichen Untersuchungen).**

Zu den Pflichten eines Arztes der Versorgungsverwaltung, der eine versorgungsrechtlich notwendige Untersuchung und Begutachtung eines Versorgungsempfängers anordnet: Das Versorgungsamt und damit das Land haftet auch für Verschulden von Ärzten städtischer Krankenanstalten, soweit diese vom Versorgungsamt mit einer versorgungsärztlichen Untersuchung und Begutachtung gesondert beauftragt sind und im Rahmen dieser ihnen übertragenen Aufgaben Pflichtverletzungen begehen. [BGH, Urt. v. 19. XII. 1960; III ZR 194/59, Düsseldorf.] *Neue jur. Wschr.* 14, 969—971 (1961).

**BGB § 1356, 1357, 677 ff. (Umfang der Schlüsselgewalt).** Für zahnärztliche Behandlungskosten seiner Ehefrau haftet der Ehemann dem Zahnarzt nicht aus § 1357 BGB (Schlüsselgewalt). Wohl aber kann ein Anspruch des Zahnarztes aus Geschäftsführung ohne Auftrag gegeben sein. [LG Stuttgart, Urt. v. 8. II. 1961; 5 S. 341/60.] *Neue jur. Wschr.* A 14, 972—973 (1961).

**E. G. Schenck: Kunstfehler und mangelndes Verständnis bei der Aufnahme der Anamnese.** *Med. Welt.* 1960, 2631—2638.

An Hand einer Reihe sehr instruktiver Fälle zeigt der Autor, wie notwendig es im Interesse des Patienten ist, die Anamnese eingehend und umfassend zu erheben. Wird die Anamnese nicht genügend gründlich erhoben, können allzuleicht schwerste Schäden für den Patienten entstehen. Wie wichtig dies besonders auch bei Gutachten ist, wird gezeigt. Kurz setzt sich der Autor dann mit der Frage des Kunstfehlers auseinander. Der Wert des ärztlichen Gesprächs wird schließlich im letzten Teil der Darstellung besonders unterstrichen.

EICKE (Marburg a. d. Lahn)<sup>oo</sup>

**Walter Neugebauer: Dauerschädigung durch intrathekale Eubasinapplikation.** *Arch. Toxikol.* 18, 296—299 (1960)

Bericht über einen Fall, bei dem es nach intrathekaler Eubasin-Injektion zu einer Cauda-Conus-Lähmung gekommen war, die teilweise über 19 Jahre persistierte.

KAZMEIER (Düsseldorf)<sup>oo</sup>

**Horst Schröder: Eigenmächtige Heilbehandlung im geltenden Strafrecht und im StGB-Entwurf 1960.** *Neue jur. Wschr.* A 14, 951—955 (1961).

Verf., der Strafrechtslehrer in Tübingen ist, setzt sich dafür ein, daß in den Bestimmungen des neuen Strafgesetzbuches die Aufklärungspflicht des Arztes grundsätzlich erhalten bleibt. Wenn ein Arzt in Zukunft nicht wegen Körperverletzung, sondern nur wegen eigenmächtiger Heilbehandlung bestraft wird, so soll die Voraussetzung dafür sein, daß eine Aufklärung stattgefunden hat (selbstverständlich nur, wenn sie möglich war); es genügt nach seiner Meinung nicht, daß der Eingriff der Übung eines gewissenhaften Arztes entspricht.

B. MUELLER (Heidelberg)

**J. Bousser et Cl. Albahary: Splénectomies et expertises médico-légales.** (Die Splenektomie in gerichtsmedizinischer Sicht.) Ann. Méd. lég. 41, 7—22 (1961).

Verff. geben einen Überblick über die Folgen der Splenektomie. Sie kennen drei Gruppen: 1. die Folgen der Entfernung einer normalen Milz nach einem Trauma, 2. die Folgen der Entfernung der pathologisch veränderten Milz nach einer traumatischen Ruptur und 3. die Blutveränderungen, bedingt durch die Entfernung der krankhaft veränderten Milz. Die Anzahl der roten Blutkörperchen ist im ersten Fall ganz verschieden je nach dem Befund vor der Operation. Einige Autoren fanden Polyglobulie. Es kommt zu einer Leukocytose mit relativer Lymphocytose. Es werden Fälle aus der Literatur zitiert. Eine besondere Disposition für Infektionskrankheiten konnte nicht festgestellt werden. Auch die Neigung zur Bluterkrankung hängt nicht mit der Milzentfernung zusammen. Zunächst steigen die Thrombocyten an, um später wieder abzusinken. Gelegentlich wird leichte Ermüdbarkeit beschrieben. Die Neigung zur Tumorbildung ist nicht geklärt, wenn auch ein Fall zitiert wird, indem ein 38jähriger Mann nach einer Splenektomie an einer malignen Lymphogranulomatose erkrankt ist. Der Eingriff ist bei normaler Milz ungefährlicher als bei pathologisch veränderter Milz. Der Eingriff wird aber bei Kindern unter 3 Jahren nach Möglichkeit vermieden. Bei pathologisch veränderter Milz ist der Eingriff sehr gefährlich. Der Eingriff soll nicht durchgeführt werden, wenn er nicht unbedingt nötig ist, z. B. bei einer traumatischen Ruptur. Zum Schluß zitieren die Verff. noch die Arbeit von BAUMECKER aus dem Jahre 1934.

E. TRUBE-BECKER (Düsseldorf)

**E. Bay: Injektionsschäden des Nervus ischiadicus.** [Neurol. Klin., Med. Akad., Düsseldorf.] Dtsch. med. Wschr. 86, 505—508 (1961).

Die intraglutäale Injektion muß im äußeren oberen Quadranten der Gesäßmuskulatur erfolgen. Ebenso wichtig wie der Einstichort ist aber auch die Stichrichtung, die *sagittal*, in Richtung auf den Darmbeinkamm erfolgen muß. Bei medialer Stichrichtung kann von einer richtigen Einstichstelle aus der N. ischiadicus getroffen werden. Dies geschieht, wenn der Patient in Seitenlage liegt, oder wenn man die Injektion nicht hinter dem Patienten, sondern seitlich von ihm stehend vornimmt. Die Injektion in den Nerven selbst oder seine unmittelbare Umgebung ist das wesentliche. Das verwandte Medikament spielt keine Rolle. Der Schaden sei weitgehend reversibel. Es empfehle sich, zur einwandfreien Klärung aller Fragen (die Krankenhäuser stritten oft alles ab) dem Gericht einen Termin zur Zeugenvernehmung in Anwesenheit des Sachverständigen vorzuschlagen. Hierin unterscheiden sich die Ansichten BAYS von denen PERRETS. Schon bei der Injektion klage der Patient über den typischen Schmerz. Der organische Schaden erfahre oft eine psychogene Ausgestaltung und Fixierung, bei der Schmerzen eine wesentliche Rolle spielten. Die Behandlung muß von Anfang an stationär durch einen unbeteiligten und unparteiischen Nervenarzt erfolgen. Bei rentenneurotischen Tendenzen solle man auf eine möglichst rasche und endgültige Erledigung der Entschädigungsansprüche durch eine einmalige Abfindung drängen, danach kann man etwaige psychogene Krankheitszeichen behandeln, was meist dann nicht mehr nötig sei.

RUDDOLF KOCH (Coburg)

**Samuel Zelman: Notes on techniques of intramuscular injection. The avoidance of needless pain and morbidity.** (Bemerkungen zur Technik der intramuskulären Injektion. Die Vermeidung unnötiger Komplikationen.) [Med. Serv., V A Hosp., Topeka, Kan.] Amer. J. med. Sci. 241, 563—574 (1961).

Die übliche Stelle der intramuskulären Injektion ist der obere äußere Quadrant des Gesäßes. Andere Stellen eignen sich nicht so gut dazu wegen der größeren Empfindlichkeit und der geringeren Dicke der Muskulatur. Verff. beschreibt eingehend Komplikationen bei Patienten und gibt Hinweise, die bei der Technik zu beachten sind, wie Länge der Nadel, die Art der Einführung der Nadel, die Aspiration vor der Injektion. Er hält die Methode, die von HOCHSTETTER angegeben wird, nämlich die Injektion in den vorderen Abschnitt des Glutaeus für einfacher und besser. Die Umfrage bei Krankenpflegerinnen über die genaue Technik bei intramuskulären Injektionen führte im Falle unnötiger Komplikationen zur Feststellung bemerkenswerter Abweichungen von der genauen Technik.

TRUBE-BECKER (Düsseldorf)

**W. Bappert: Herzinfarkt und ärztlich-rechtliches Risiko.** [Med. Klin., Städt. Krankenh., Ludwigshafen a. Rh.] Münch. med. Wschr. 103, 767—773 (1961).

Verff. weist auf die *Aufklärungspflicht* des Arztes hin, die sich auch auf schwere innere Erkrankungen, wie z. B. den Herzinfarkt, erstreckt. Nach der herrschenden Rechtsprechung habe

der Patient und seine nächsten Angehörigen ein Anrecht darauf, über die Schwere des Herzinfarktes, die Art der Behandlung, die allgemeine Lebenserwartung, die Berufsfähigkeit usw. aufgeklärt zu werden. Unter die Aufklärungspflicht würden auch die allgemeinen Verhaltensmaßregeln fallen, im besonderen sei von der Aufklärungspflicht die vielfach kritiklose Anwendung von Strophanthin und Morphinpräparaten sowie Antikoagulantien betroffen. Wenn auch nach Auffassung der Rechtsprechung eine derartige Aufklärung sogar eine Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens als „unvermeidbaren Nachteil“ zur Folge habe, so sei es die Aufgabe des behandelnden Arztes, sich mit dem notwendigen Einfühlungsvermögen den jeweiligen Verhältnissen bzw. Bedürfnissen des Patienten anzupassen; gegebenenfalls müßten die nächsten Angehörigen über den gesamten Sachverhalt aufgeklärt werden. — Unter die ärztliche *Sorgfaltspflicht* falle auch, daß sich der Arzt fortlaufend über neue Heilverfahren, allgemeine Fortschritte in der Heilkunde usw. informiere. — *Verkehrsmedizinisch* interessant ist die Ansicht der Hochreinschen Klinik in Lufwigshafen, daß beim Infarkt-Patienten „zumindest bis zum Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit auch die Fähigkeit zur Führung eines Kraftfahrzeuges zu verneinen ist“. — Der Artikel befaßt sich sodann mit dem Problem der ärztlichen *Schweigespflicht* unter besonderer Berücksichtigung des Herzinfarkts. — Abschließend werden noch die rechtlichen Bestimmungen der *Testamentserrichtung* erwähnt: Kann vor dem Ableben des Patienten ein Notar nicht mehr rechtzeitig erscheinen, so kann der Patient eigenhändig ein ordentliches Privattestament abfassen. Ist er dazu nicht mehr in der Lage, besteht noch der Ausweg, daß der Patient seinen letzten Willen in einem Not- oder sog. Drei-Zeugen-Testament erklärt, welches von ihm selbst und drei Zeugen (keine Angehörigen oder Erben) unterzeichnet werden muß. Sollte der Patient dennoch überleben, so verliert ein derartiges Nottestament nach Ablauf von 3 Monaten seine Gültigkeit.

H. REH (Düsseldorf)

**M. Kaltenbach und H. Klepzig: Herzstillstand nach Injektion von 125 mg Ajmalin.** [Bundesbahnklin. f. Herz- u. Gefäßkrankheiten Taunusheim, Königstein i. Taunus.] *Med. Klin.* 56, 752—755 (1961).

Es handelt sich um einen kasuistischen Beitrag. Eine supraventrikuläre Tachykardie bei einem Zustand nach Hinterwandinfarkt wurde mit Ajmalin behandelt, nachdem die üblichen therapeutischen Maßnahmen versagt hatten. Nach zweimaliger intravenöser Anwendung von 100 mg wurde die Dosis auf 125 mg erhöht. Bei der zweiten Injektion dieser Menge, 5 Tage nach der vorherigen Gabe, kam es zu einem bedrohlichen Herzstillstand. Dieser wurde als unmittelbare Wirkung des verabreichten Medikamentes angesehen. Durch EKG-Untersuchungen konnte ausgeschlossen werden, daß der Herzstillstand Folge eines Reinfarktes war. Sofort einsetzende Therapiemaßnahmen konnten die Katastrophe verhindern. Auf Grund der von den Verf. gemachten Erfahrungen empfehlen sie bei intravenöser Anwendung von Ajmalin die Einzeldosis möglichst nicht über 50 mg zu wählen. Ein Abhören der Herztöne während der langsamen Injektion halten sie für angezeigt, um Komplikationen zu vermeiden, da diese sich durch ein Leiserwerden der Töne anmelden. Schließlich empfehlen sie, wie bei allen regularisierenden Maßnahmen, stets Adrenalin oder Aludrin zur intrakardialen Injektion bereitzuhalten.

GUMBEL (Kaiserslautern)

**Franklin Jay Evans: New drugs in medical practice: onus of "experimentation" as a medicolegal hazard!** Symposium. (Neue Mittel in der medizinischen Praxis: Die Beweislast bei „Experimenten“ als gerichtsmedizinisches Problem.) [12. Ann. Meet., Amer. Acad. of Forensic Sci., Chicago, 4. III. 1960.] *J. forensic Sci.* 6, 10—17 (1961).

Es handelt sich um einen Vortrag des Verf. bei der 12. Jahrestagung der amerikanischen Akademie der gerichtlichen Medizin im März 1960. Im angelsächsischen Raum sei die Stellung des medizinischen Experimentes strafrechtlich unregelt. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen der Notwendigkeit medizinischer Weiterentwicklung und der Rechtsauffassung. Unter Darlegung einiger historischer Fälle ergibt sich, daß das Gericht wohl im allgemeinen auf die übliche Sorgfalt und Kenntnis des Durchschnittsarztes abstellt. Einwilligung und Aufklärung des Patienten sei bei neuartigen, vom Üblichen abweichenden Methoden Voraussetzung, entbinde aber den Arzt nicht von seiner Pflicht, alles für die Gesundheit und Heilung des Patienten Notwendige zu tun. Grundsätzlich werde der Begriff Experiment vom Juristen mit dem Odium des Leichtsinns und Unsorgfältigen gleichgesetzt, ja sogar mit einem Abweichen von bewährten Methoden infolge Ignoranz und mangelnder Technik. Letztlich ginge das medizinische Experiment — auch die Anwendung der zahllosen neuen Medikamente, die dem Arzt täglich an-

gepriesen würden — ausschließlich auf eigene Gefahr des Arztes. Jegliche Therapie bedeute stets ein Experiment, da der Arzt unmöglich etwa jede Überempfindlichkeit usw. des Patienten vorausberechnen könne. Man könne fast resignierend zu der Schlußfolgerung kommen, daß der Arzt keinerlei Risiko bei seinem Handeln eingehen solle. „Besser, man lasse den Patienten durch seine Krankheit sterben, als daß er durch unsichere Experimente durch das Messer des Chirurgen oder gefährliche Medikamente zu Tode kommt.“ Verf. warnt letztlich davor, daß der Arzt zu leicht geneigt sei, mit der Gesundheit des Patienten zu experimentieren.

PRIBILLA (Kiel)

**G. Daumezon: Provocation à la violation du secret médical.** (Aufforderung zur Verletzung des ärztlichen Berufsgeheimnisses.) [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, 12. XII. 1960.] Ann. Méd. lég. 41, 199—202 (1961).

Vortr. bringt vor, daß der behandelnde Arzt gelegentlich von einer offiziellen Stelle, einer Gesundheitsbehörde, dem beratenden Arzt einer Personalabteilung, einem Akademiestandmitglied, einem ärztlichen Krankenhausleiter, mitunter unter Anspielung kollegialer Beziehungen, nach ärztlichen Befunden angefragt wird, deren Mitteilung dem Patienten Nachteile bereiten könnten; es wird die Frage besprochen, ob man unter Einschaltung einer hohen Dienststelle diese Anfrage unter besonderen Umständen beantworten könnte. In der Diskussion, in der PLÉDELÈVRE, Paris, und MULLER, Lille, das Wort ergriffen, kam jedoch zum Ausdruck, daß das Berufsgeheimnis „absolut“ sei und daß keine hohe Behörde und keine hochgestellte Persönlichkeit den Arzt veranlassen könne, es zu offenbaren. (In Deutschland wird die Entscheidung in ganz besonderen Fällen dem Ermessen des Arztes überlassen; Ref.)

B. MUELLER (Heidelberg)

**G. Schulz: Das Berufsverbot für Ärzte.** Med. Klin. 56, 1184—1187 (1961).

Aufzählung und Erörterung der Möglichkeiten eines Berufsverbotes ohne Kasuistik und Entscheidungen: Untersagung der Berufsausübung nach § 421 Abs. 1 StGB, Zurücknahme der stellung lt. § 5 Abs. 1 Nr. 2 RAO bei Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte und nach § 5 Abs. 1 Nr. 3 RAO bei schweren strafrechtlichen und sittlichen Verfehlungen. Die Verwaltungsbehörde ist nach der Gesetzgebung der Länder meist an eine einschlägige Entscheidung der Berufsgerichte gebunden, manchmal, so in Baden-Württemberg, jedoch auch nicht.

B. MUELLER (Heidelberg)

**W. Tönnis: Haftpflichtversicherung und Entstehung von Schäden bei der ärztlichen Behandlung, ohne daß ein Kunstfehler vorliegt.** [24. Tagg. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicher.-, Versorg.- u. Verkehrsmed., Lindau, 30. V.—1. VI. 1960.] Hefte Unfallheilk. H. 66, 251—254 (1961).

Ausgehend von den etwa 40 bekanntgewordenen Fällen von Querschnittslähmung nach paravertebralen Grenzstrangblockaden werden Betrachtungen darüber angestellt, wie das Schicksal der Betroffenen gemildert werden könnte. Erkundungen beim Bundesaufsichtsamt für Versicherungen, beim Huk-Verband und beim Wirtschafts- bzw. Justizministerium haben ergeben, daß Nachweis und strafrechtliche Verfolgung eines Kunstfehlers sehr selten seien, weshalb in der Regel keine Entschädigung des Verletzten durch die Haftpflichtversicherung erfolgt. In schweren Fällen wie den angeführten erscheint jedoch besonders bei jüngeren Patienten ein sozialer Ausgleich über die Leistung der Krankenversicherung oder bei Nichtversicherten der Körperbehindertenfürsorge hinaus ärztlich-menschlich wünschenswert. Beim ersten Versicherten der Operations-Risikoversicherung sollen 1949 bei der Vereinigten Krankenversicherungs-AG. München-Berlin nur 3 Fälle versichert, aber nicht in Anspruch genommen worden sein. Da der Patient als Hauptinteressierter Kostenträger sein müßte, wird überlegt, ob eine solche Versicherung, ohne den Patienten zu erschrecken, im Aufnahmeformular der Klinik mit einem unauffälligen Passus über die Versicherungskosten sichergestellt werden könne. Es ist geplant, an die normale Krankenversicherung (freiwillige Privatversicherung) eine Operations-Risikoversicherung gegen niedrigen Prämienaufschlag anzuschließen. Die Versicherung soll weniger wegen unerwünschten Operationsausgangs als vielmehr wegen der Schwere und Dauer der Folgezustände, zweckmäßig bei Fällen mit mindestens 50% MdE, wirksam werden. Es wird sowohl an eine Rente für den Lebensunterhalt wie an Mittel für eine berufliche Umschulung gedacht.

LOMMER (Köln)

**Ervin Mathé: Verantwortung bei schweren Sportverletzungen.** Soudní lék. 5, 3—9 (1961). [Tschechisch.]

Nach Meinung der Chirurgen sind die Unfälle beim nichtorganisierten Sport (wie z. B. Touristik, Wassersport, Skifahren) häufiger als bei der organisierten Leibesübung in Verbänden,

Schulen usw. — Hier sind die tödlichen Unfälle im organisierten Sport 1955—1958 zusammengestellt, zusammen 41: 13 beim Wassersport, 10 beim Fußball, 8 beim Skifahren, 6 beim Bergsteigen, 2 beim Reiten, einer beim Bobfahren und einer bei einer Wanderung (Motorsport gilt nicht als Sport). Zur Aufklärung werden genaue Ortsbesichtigung und gerichtsmedizinische Leichenöffnung verlangt; erschwert wird diese Aufklärung durch zu späte Meldung und Verheimlichung aus der falschen Befürchtung, Pressenotizen könnten dem Aufstieg des Sportes schaden. Die Fälle sind einzeln kurz geschildert. — Die Ursachen werden aufgliedert in administrative Mängel, u. a. eine unzulängliche und ungenügende ärztliche Untersuchung vor dem Sport: Trotz schwerer Leiden, die z. T. Ärzten und Eltern bekannt waren, wurden Sportler zugelassen oder trotz hohen Alters. Ferner wurden Unfallverhütungsvorschriften nicht beachtet. Die Führer der Sportgruppen waren z. T. nicht entsprechend qualifiziert, Sportfunktionäre unterschätzten den Wert der ärztlichen Untersuchung, ließen alte Menschen gegen kräftige junge kämpfen oder unterstützten z. B. einen Sportler, der nach einer Schädelverletzung gegen Revers das Krankenhaus verließ. — Die rechtliche Lage wird hier nicht im Hinblick auf eine Bestrafung, sondern zur Auswertung für die Vorbeugung diskutiert: Eigene Schuld war beteiligt an der frühzeitigen Erzwingung der Krankenhausesentlassung, an der Teilnahme überalterter Spieler an schweren Wettkämpfen, an der Teilnahme von Nichtschwimmern am Wassersport oder durch Waghalsigkeit und Unachtsamkeit, wofür immer die Beispiele aus der Kasuistik angeführt werden. Gelegentlich kann man aber auch die Schuld oder Mitschuld der Sportfunktionäre feststellen: Die Bobbahn war nicht ordnungsgemäß, zu junge Spieler wurden eingestellt, Lehrer und Eltern duldeten den Sport eines Knaben mit bekanntem Herzfehler, ein erfahrener Bergsteiger befestigte das Seil schlecht an einem unerfahrenen Knaben, die Anstrengungen wurden unterschätzt, die Sportler waren zu wenig vorbereitet, gefährliche Situationen wurden geduldet. Diese Tatsachen sollen den führenden Sportfunktionären bewußt werden, ohne sie von ihrer Arbeit an der Leibeserziehung abzuschrecken; solche Einzelfälle sollen sich aber nicht wiederholen. Nach allem meint der Autor, mehr als die Hälfte der angeführten Todesfälle hätte bei Einhalten der Unfallverhütungsvorschriften und anderer vorbeugender Maßnahmen verhütet werden können.

H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

**Karl Engisch: Wie ist rechtlich die Verantwortlichkeit des Chirurgen im Verhältnis zur Verantwortlichkeit des Anaesthesisten bei ärztlichen Operationen zu bestimmen und zu begrenzen?** Langenbecks Arch. Chir. 297, 236—254 (1961).

Verf., Strafrechtslehrer in München und medizinischer Ehrendoktor der Heidelberger Fakultät, der sich viel mit ärztlichen Rechtsfragen beschäftigt, hat vom juristischen Standpunkt aus das Verhältnis zwischen Operateur und Anaesthesist durchdacht. Es könnte Fälle geben, in denen der Anaesthesist mit dem Patienten vom zivilrechtlichen Standpunkt aus einen eigenen Vertrag abschließt; dies wäre insbesondere dann gegeben, wenn der Anaesthesist selbständig liquidiert. Derartige mag auch in Frage kommen, wenn für ein Klinikum eine besondere Anaesthesieabteilung mit einem Lehrstuhlinhaber als Leiter besteht. Im großen und ganzen wird aber in den meisten Fällen eine klare Abgrenzung zwischen den Pflichten des Chirurgen und denen des Anaesthesisten nicht möglich sein. Die Verantwortung ist nicht recht zu teilen, die Hauptverantwortung trägt der Chirurg, er bestimmt die Art der Anaesthesie, er muß entscheiden, ob bei Anaesthesiezwisehenfällen die Operation abgebrochen werden muß oder fortgesetzt werden kann. Im Interesse des Kranken wird man sagen müssen, daß die allgemeine Sorgfaltspflicht und Verantwortlichkeit des Chirurgen bei Bestand bleibt und *suprema lex* zu sein hat.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Paul Bockelmann: Rechtliche Grundlagen und rechtliche Grenzen der ärztlichen Aufklärungspflicht.** Neue jur. Wschr. A 14, 945—951 (1961).

Es handelt sich um ein Referat des Verf. (Strafrechtslehrer in Heidelberg) auf dem Chirurgen-tag 1961. An der Notwendigkeit der Aufklärung, wenn dies irgend möglich ist, wird festgehalten. Unterlassung ist nur möglich, wenn damit schwere Nachteile für den Kranken verbunden sind. Beispiele: Ein Sektierer verweigert eine Bluttransfusion aus religiösen Gründen; wenn der Arzt sie trotzdem durchführt, würde man ihn wohl nicht verurteilen, unterläßt er sie, so würde er gleichfalls straffrei bleiben. Befürchtet der Arzt bei Aufklärung über das Vorliegen eines Krebsleidens eine schwere reaktive Depression, so kann diese Aufklärung auch wohl unterbleiben. Hält ein Arzt es für notwendig, einen schwer Basedow-Kranken nach Einschläferung zu operieren, ohne ihn vorher über die Notwendigkeit einer Operation aufgeklärt zu haben, und bestand auch nicht die Möglichkeit, Angehörige aufzuklären, so würde nach Meinung des Verf. der Arzt gleich-

falls straflos bleiben. Wenn eine Operation wegen eines Hirntumors erforderlich ist, wäre gleichfalls die Aufklärungspflicht nur eine beschränkte. Verf. hält es nicht für richtig, den Umfang der Aufklärungspflicht von Prozentzahlen der Operationszwischenfälle maßgeblich abhängig zu machen.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Elmar Schuegraf: Schweigepflicht des Arztes gegenüber dem Dienstherrn eines Beamten?** Neue jur. Wschr. A 14, 961—962 (1961).

Zwischen dem Beamten und dem Staat besteht ein besonderes Dienst- und Treueverhältnis. Der Staat zahlt das Gehalt auch dann, wenn der Beamte längere Zeit krank ist. Unter diesen Umständen ist es das gute Recht des Staates bzw. der vorgesetzten Behörde, vom behandelnden Arzt nicht nur zu erfahren, daß der Beamte dienstunfähig ist, vielmehr kann der behandelnde Arzt nach Meinung des Verf. auch die Art der Krankheit mitteilen, ohne daß es notwendig ist, daß der Patient ihn besonders vom Berufsgeheimnis befreit. (Wie die Verhältnisse liegen, wenn die Art der Krankheit dem Beamten Unannehmlichkeiten verschaffen könnte, etwa Verletzungen nach Schlägerei oder Geschlechtskrankheiten, wird vom Verf. allerdings nicht erörtert. Nach Meinung des Ref. sollte der Arzt unter diesen Umständen vorsichtig sein.)

B. MUELLER (Heidelberg)

**Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln.** (Arzneimittelgesetz.) Vom 16. Mai 1961. (Bundesgesetzbl. I Nr. 33 S. 533.) Bundesgesundheitsblatt 4, 205—211 (1961).

Von Einzelheiten sei herausgehoben, daß das Gesetz die Begriffe Arzneimittel und Stoffe (z. B. chemische Elemente, Mikroorganismen) unterscheidet Arzneispezialitäten müssen u. a. mit der Darreichungsform und mit den Bestandteilen bezeichnet sein; sind sie verschreibungspflichtig, so muß dies besonders vermerkt werden. Die Herstellungsleiter von Arzneimitteln müssen Apotheker, Ärzte, Zahnärzte oder Tierärzte sein oder über eine abgeschlossene Ausbildung als Chemiker oder Biologe verfügen. Einzelheiten, die in diesem Gesetz noch nicht geregelt sind, können durch spätere Verordnungen mit Zustimmung des Bundesrates geordnet werden. Für die Genehmigung von Arzneimittelspezialitäten ist das Bundesgesundheitsamt zuständig. Weitere Einzelheiten müssen dem Gesetzestext entnommen werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

## Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation,

### naturwissenschaftliche Kriminalistik

● **Histochemische Methoden.** Eine Sammlung hrsg. von WALTHER LIPP. Lfg. 18. München: R. Oldenbourg 1960. 24 S. DM 24.—

Die 18. Lieferung der inzwischen allgemein bekannten Sammlung bringt folgende Methoden: Schultz-Reaktion zum Nachweis von Cholesterin sowie deren Modifikationen; Unterscheidung von Cholesterin nach OKAMOTO; verschiedene Methoden zur Bestimmung halogenierter und ungesättigter Lipide. Dieser Abschnitt — besonders: Nachweis ungesättigter Lipide durch Oxydationsmethoden — nimmt den größeren Teil der 18. Lieferung ein. Auch diese zeichnet sich durch klare Anordnung, sorgfältige Literaturberücksichtigung und Kritik der Ergebnisse aus.

H. KLEIN (Heidelberg)

● **Roda Wieser: Mensch und Leistung in der Handschrift.** Aus der Praxis der Betriebsgraphologie. München u. Basel: Ernst Reinhardt 1960. 373 S., 9 Tab. u. 164 Schriftproben. Geb. DM 26.—

Im ersten der vier Kapitel werden die Strichabfolgen als Grundrhythmus an Hand von Schriften Krimineller durchgesprochen. Das kürzere zweite Kapitel befaßt sich mit den Merkmalsdeutungen, wodurch es auch dem Laien ermöglicht wird, in die Materie einzudringen. Auf fast 200 Seiten werden dann 95 Schriften Berufstätiger aus der Wirtschaft dargestellt, ausführlich besprochen und kritisch verglichen. Zum Schluß wird die kriminelle Disposition in der Handschrift herausgearbeitet, das für unser Fach wichtigste Kapitel. Es bildet eine Grundlage für die Prognosestellung bei Verbrechen; in den Ausführungen sind frühere Ergebnisse („Der Verbrecher und seine Handschrift“) verdichtet wiedergegeben und ergänzt. Danach ist es möglich, aus dem Grad der Grundrhythmuschwäche als Ausdruck der Seelenarmut auf die Anlage einer kriminellen Disposition des Schreibers zu schließen. Neben den vorzüglichen und z. T. einmaligen Schriftproben müssen besonders die mehrfachen Register hervorgehoben werden.

BOSCH (Heidelberg)