

**E. Kluge: Über den Defektkarakter von Dauerfolgen schwerer Haftzeiten.** Med. Sachverständige 57, 185—187 (1961).

Zur Besprechung meines Erachtens nicht lohnend, weil Zustandsbilder nach schweren Haftzeiten, wie Verf. sie streift, der gerichtsarztlichen Praxis durch eingehende Begutachtungen längst bekannt sind.  
SACHSE (Mainz)

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

**B. Andreas and D. Borowska: Cases immediately fatal in the police courts when the prisoners are supposed to be drunk.** (Plötzliche Todesfälle der eines Alkoholrausches verdächtigen Personen in Ernüchterungstuben und polizeilichen Arrestlokalen.) [Inst. f. ger. Med. der Med. Akad. Warschau.] Arch. med. sadowej 12, 13—19 mit engl. Zus.fass. (1961). [Polnisch.]

Einige solcher Fälle werden beschrieben. Todesursache: Kopftrauma, arteriosklerotische Hirnblutung, Alkoholvergiftung, Herzstichwunde. In manchen Fällen sogar kein vorangegangener Alkoholgebrauch. Verf. weisen auf diagnostische Schwierigkeiten und Fehler, die bei gleichzeitigem Kopftrauma und Alkoholmißbrauch besonders groß sind und postulieren vorhergehende ärztliche Untersuchung.  
WALCZYNSKI (Szczecin)

**W. F. Czerwakow and G. J. Pikkier: "Mors in tabula".** („Mors in tabula“ als deontologisches Problem.) [Anst. f. ger. Med. I. Med. Inst., Moskau.] Arch. med. sadowej 12, 5—8 (1961). [Polnisch.]

Unter dem Ausdruck „Mors in tabula“ versteht man nicht nur den Tod während eines ärztlichen Eingriffes, sondern auch während einer Vorbereitung zur Operation, sowie in der postoperativen Zeitperiode. Auf Grund von 131 Fällen wurden als Todesursachen akute kardio-vasculäre Insuffizienz, Asphyxie, Operationsschock, Betäubungsmittelvergiftung, schwere Komplikationen der Haupterkrankung und psychischer Schock ermittelt. Bei der gerichtsarztlichen Begutachtung solcher Fälle, die eine spezielle gerichtsarztlich-klinische Kommission durchführen soll, muß man bei Todesursacheermittlung die objektiven, vom Arzt unabhängigen und die subjektiven, mit der Tätigkeit des Arztes bzw. des Hilfspersonals verbundenen, ätiologischen Faktoren in Betracht ziehen. — Die objektive Gruppe solcher Faktoren bilden z. B., die von der Seite des Kranken bedingte Verspätung der ärztlichen Hilfe, technische Schwierigkeiten des operativen Eingriffes, individuelle Sensibilisierung gegen Betäubungsmittel, Operationstrauma usw. Diese Gruppe illustriert ein Fall von Blutung in der Halsgegend nach Strumaexstirpation, wodurch auf reflektorischem Wege zum Herzstillstand kam, sowie ein Fall von psychogenem Tod einer wegen Uteruskrebs operierten Patientin, die unglücklicherweise in demselben Krankenzimmer einen Verblutungstod nach Myomentfernung einer anderen Kranken beobachtete. — Die subjektiven Faktoren sind unter anderem falsche Diagnose, schlechte Auswahl von Betäubungsmitteln, schlechte Indikationen zum Eingriff, fehlerhafte Betäubungs- oder Operationstechnik u. a. m. Diese Gruppe wird illustriert durch einen Todesfall an Peritonitis nach mißkannter Blinddarmentzündung, sowie von tödlicher Vergiftung einer Kranken, der vor Myomoperation dreimal nacheinander je einige Kubikzentimeter 0,3% Diokainlösung peridural verabreicht wurden.  
WALCZYNSKI (Szczecin)

**H. Kuntzen: Beobachtungen an Thorotrast-Depots der Nierengegend.** [Chir. Univ.-Klin., Jena. (2. Tagg, Österr. Ges. f. Chir. u. Unfallheilk., Wien, 9.—11. IX. 1960.)] Klin. Med. (Wien) 16, 181—183 (1961).

Verf. berichtet über Spätschäden nach Kontrastinjektionen. Zwei diesbezüglich markante Krankheitsfälle werden näher dargelegt. Aus der Zeit, in der Thorotrast als Kontrastmittel benutzt wurde, beobachtet man heute immer wieder Krankheitsfälle mit schweren Spätschäden, obwohl die Zahl der echten Thorotrastsarkome und -carcinome noch sehr klein ist. Wahrscheinlich gehören zur Entstehung solcher maligner Tumoren nicht nur eine gewisse Latenzzeit, sondern auch Faktoren, die in der familiären Belastung bzw. in der persönlichen Konstitution zu suchen sind.  
RULAND (Münster)<sup>oo</sup>

Sven Dahlgren: **Thorotrast tumours. A review of the literature and report of two cases.** [Dept. of Path., Karolinska Inst., Stockholm.] *Acta path. microbiol. scand.* 53, 147—161 (1961).

Hl. Roemer: **Das Düsseldorfer Strahlenurteil des Bundesgerichtshofes vom 16. I. 1959.** *Med. Welt* 1961, 1059—1066.

G. Canepa: **Accidenti mortali da puntura sternale.** *Riv. Med. leg. Legislaz. sanit.* 3, 181—184 (1961).

M. Maurri: **Gangrena gassosa da iniezione.** (Gasbrand nach Injektion.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Firenze.] [16. Congr., Soc. ital. di Med. leg e Assicuraz., Firenze, 26.—29. IX. 1959.] *Minerva med.-leg.* (Torino) 81, 169—173 (1961).

Literaturübersicht. — Fallbericht über eine 25jährige Frau, die nach der *dritten* intramuskulären Injektion durch den Ehemann am Gasbrand verstarb. — Abgesehen davon, daß die Injektion durch einen Laien vorgenommen worden war, konnte kein Kunstfehler aufgedeckt werden. — Spritze und Ampulle sollen sauber gewesen sein. — Erörterungen über die Schuldfrage vom italienischen Standpunkt aus. (Artikel 348 des Strafgesetzbuches — Codice penale.)

EHEHARDT (Nürnberg)

Guy-R. Ledoux-Lebard et Yves-M. Laurent: **Abus et accidents de la roentgentherapie antialgique.** (Mißbrauch und Zwischenfälle bei der Strahlentherapie von Schmerzzuständen.) *Rev. Prat.* (Paris) 11, 2235—2240 (1961).

Hinweis auf Schäden, die bei unkritischer, technisch fehlerhafter Anwendung und bei Nichtbeachtung von Kontraindikationen durch die Strahlentherapie von Entzündungs- und Schmerzzuständen entstehen können.

PLOCH (Bonn)

František Nádvořník: **Tod durch Gasembolie nach retroperitonealer diagnostischer Insufflation von Kohlendioxyd.** [Inst. f. Gerichtl. Med. d. Fak. f. allgemeine Med. d. Karls-Universität Prag.] *Soudní lék.* 6, 122—126 mit dtsh., franz. u. engl. Zus.fass. (1961). [Tschechisch.]

Tödliche Komplikationen bei Luft- und Sauerstoffeinblasung sind bekannt, Kohlendioxyd gilt dagegen wegen seiner schnellen Resorption als ungefährlich. Folgender Fall widerlegt diese Ansicht: Bei einer 49jährigen wurde wegen Verdachtes auf einen Nierentumor subcoccygeal eine Nadel eingestochen, beim ersten Versuch etwas Blut aspiriert, deshalb eine neue Nadel eingeführt, und diesmal kein Blut angesaugt. Nach Einblasung von 400 ml in Knie-Brust-Lage wurde die Patientin unruhig, weshalb die Einblasung unterbrochen wurde. Hyperventilation, Krämpfe, Trismus, Cyanose, Bewußtseinsverlust, Atemlähmung. Im rechten Herzen wurde nach der üblichen Sektionsmethode Gas nachgewiesen, im Gehirn wurden (ohne daß es unter Wasser eröffnet war) makroskopisch und mikroskopisch Veränderungen gefunden, die mit der notwendigen Zurückhaltung als Gasembolien angesprochen wurden. Das Foramen ovale war geschlossen, das Gas müsse also über arteriovenöse Anastomosen der Lungen in den großen Kreislauf geraten sein. Im Gewebe hinter dem Rectum war ein Bluterguß von 5 cm Durchmesser, der auch etwas ins Fettgewebe der Umgebung reichte. Das Grundleiden war eine Pyosalpinx und eine Nierencyste. Von der Pyosalpinx führten kleine Fisteln bis ins Rectum. Mäßige Arteriosklerose.

H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

F. Josso: **Accidents des anticoagulants.** *Rev. Prat.* (Paris) 11, 2211—2219 (1961).

R. Hoigné: **Syndrome der Arzneimittelsensibilisierung. Ihre Verhütung und Behandlung.** [Med. Klin., Univ., Bern.] *Dtsch. med. Wschr.* 86, 841—851 (1961).

Einleitend wird darauf hingewiesen, daß es oft nicht einfach ist, toxische von allergischen Arzneimittelwirkungen abzugrenzen. In der Übersichtsarbeit wird eine Gruppierung der Arzneimittelallergien nach Art und Zahl der betroffenen Organe oder Systeme vorgenommen, es werden Syndrome mit einzelnen oder mit mehreren Reaktionsorganen gegenübergestellt. Zur Symptomen-Gruppe mit einheitlichem Reaktionsorgan oder Reaktionssystem gehören der anaphylaktische Schock (Penicillin, Streptomycin auch in seiner Dihydroform, Vitamin B<sub>1</sub> intravenös, jodhaltige Kontrastmittel, Pyrazolonverbindungen, ACTH, Heparin, Dextran), das Bronchialasthma (Schilderung eines Aspirinasthmas), das Arzneifieber (PAS), Blutdyskrasien (Hämolyse, Leukopenie oder Agranuloctose, Thrombopenie, Pancytopenie), die akute Niereninsuffizienz und die

Haut bzw. Schleimhäute als Reaktionsorgane. Die wichtigsten Syndrome verschiedener Reaktionsorgane oder Reaktionssysteme sind: Anaphylaktischer Schock mit Exanthem oder Ekzem (Beispiel: Penicillin) oder Asthma, die „Serumkrankheit“ (z. B. bei Sulfonamidallergie), die anaphylaktoide Purpura (nach Penicillin, Vjomycin), Periarteriitis nodosa (Sulfonamide, Penicillin, Thiouracil, Propylthiouracil, Kalium-Jodverbindungen), Leukopenie mit Arzneifieber, das hämolytisch-urämische Syndrom (Hämolyse mit akutem Nierenversagen nach Chinin-, Sulfonamidtherapie), die eosinophile Myokarditis (Sulfonamide, Jod- und Salvarsanverbindungen), das flüchtige eosinophile Lungeninfiltrat (nach Tuberculostatica), die medikamentös-allergische Mononucleose. Nach differentialdiagnostischen Hinweisen und Betonung allgemeinprophylaktischer Maßnahmen wird stichwortartig die Therapie lebensbedrohlicher akuter Reaktionen besprochen. Hier dürfte es z. B. nicht allgemein bekannt sein, daß wasserlösliches Hydrocortison nur mit trockener Nadel und Spritze, die nicht mit Calciumpräparaten in Berührung gekommen ist, gegeben werden darf. Besonders wertvoll zum Nachschlagen ist das umfangreiche Literaturverzeichnis.  
H. MICHEL (Berlin)<sup>oo</sup>

**M. Gaultier, P. Gervais et J. Leymarios: Accidents dus à l'abus des laxatifs.** (Schäden durch Mißbrauch von Laxantien.) *Rev. Prat. (Paris)* **11**, 2231—2234 (1961).

Der Mißbrauch von irritierenden Laxantien, insbesondere des Phenolphthalein kann zu schweren Störungen im Mineralstoffwechsel führen. Daneben finden sich häufig auch Hauterscheinungen. Verf. fordert eine kritische Verschreibung von Laxantien. *Proch (Bonn)*  
Gerichtl. Med. Ref. 35377

**J. R. Prakken: Mängel der klinischen Arzneimitteluntersuchung und Gefahren der industriellen Propaganda.** *Ned. T. Geneesk.* **105**, 1569—1571 (1961). [Holländisch.]

Unter Hinweis auf die immer größer werdende Zahl von Medikamenten, die dem Arzt von der pharmazeutischen Industrie zur Verfügung gestellt werden, ihren immer weiter sich ausdehnenden Anwendungsbereich und die stets neuen Möglichkeiten, die sich einer medikamentösen Behandlung eröffnen, erhebt der Autor seine warnende Stimme gegen eine allzu voreilige Übernahme der neuen Heilmittel in die Behandlung, ohne daß das Ergebnis einer wissenschaftlich ausreichend fundierten klinischen Prüfung abgewartet wird. Er weist darauf hin, daß solche Prüfungen vielfach ungenügend ausgeführt und zu wenig kritisch ausgewertet werden. Auch wendet er sich gegen die Propagandamethoden der pharmazeutischen Industrie, der er, bei aller Anerkennung ihrer Leistungen, die Stellung des Arztes und des Apothekers zu untergraben — eine Kritik, die wohl kaum überall in dem Maße Gültigkeit haben dürfte, wie es hier zum Ausdruck kommt!  
M. LÜDIN (Basel)

**U. Heifer: Schocktodesfälle infolge Allergenwirkung und anaphylaktischer Reaktionen bei Antibiotika-Behandlung.** [Inst. f. gerichtl. Med., Univ., Bonn.] *Med. Welt* **1961**, 1245—1248

An Hand des Weltschrifttums wird die Problematik der Schocktodesfälle und anaphylaktischen Reaktionen bei Antibiotika-Behandlung eingehend besprochen. Zu den Nebenwirkungen der Antibiotica gehören: allergische Ekzeme, lokale Reizerscheinungen an den Injektionsstellen, Glossitis, Temperatursteigerungen, Enterocolitis, Durchfall, Übelkeit, Magendruck und Appetitlosigkeit, Soorpneumonie und Kollaps. Als ausgesprochene Symptome des anaphylaktischen Schocks gelten: Angstzustände, Dyspnoe, Cyanose, Husten, Bewußtlosigkeit und Koma. — Der Schocktod resultiert teilweise aus einem anaphylaktischen Geschehen; in vielen Fällen ist er aber auf eine allergisch-hyperergische Reaktionsbereitschaft zurückzuführen, wobei teils spezifische, teils komplexe Gruppenantigene eine Rolle spielen. Die meisten Autoren vertreten die Ansicht, daß Todesfälle nur nach vorangegangener Penicillinberührung und -sensibilisierung auftreten. Allergiker sind dabei in besonders hohem Maße gefährdet. — Erschwerend für die Vermeidung von Sensibilisierungen ist die Tatsache, daß es weitaus mehr Kontaktmöglichkeiten mit Antibiotica gibt, als sie der ärztlichen Kontrolle unterliegen. Erwähnt werden: Lebensmittelbeimischungen, insbesondere bei Schlachtvieh, das zur Mästung oder zur besseren Fleischkonservierung vor der Schlachtung Antibiotica erhielt; Kosmetika, wie Lippenstifte, Zahnpasten Hautöle und Salben; Milch penicillinbehandelter Kühe; Gruppenantigene bei vorausgegangenen Fußmykosen; Vaccine, antibioticahaltige Bonbons, Kaugummi usw. — Eine eigene Beobachtung betraf einen 24-jährigen Mann, der wegen eines Asthma bronchiale seit dem 14. Lebensjahr in ständiger Behandlung war. Wegen eines „mikrobiellen Ekzems an beiden Beinen in akut entzündlichem“ Zustand bekam der Patient eine intragluteale Injektion von 2 cm<sup>3</sup> in aqua dest.

gelöstem Megacillin, worauf er wenige Minuten später unter Auftreten von Atemnot, Blauverfärbung und Schaumbildung vor dem Munde zusammenbrach und trotz Kreislauftherapie verstarb. Bei der Sektion fanden sich neben einem typischen Asthma bronchiale und rheumatischen Granulomen im Herzmuskel und in den Tonsillen die Zeichen des akuten Herz- und Kreislaufversagens. Präzipitinreaktionen von Megacillinverdünnungen mit unterschiedlichen Leichenserumverdünnungen verliefen sämtlich negativ. — Es wird auf eine für Asthmatiker typische Panallergie oder zumindest Gruppenallergie geschlossen und der Tod durch eine Penicillinüberempfindlichkeit erklärt. — Nach Herausstellung einer Reihe von Mindestvorbedingungen für die antibiotische Behandlung kommt Verf. für die gerichtsmedizinische Begutachtung zu dem Schluß, daß bei der heute noch wenig verbreiteten Kenntnis über Antibiotica-Zwischenfälle eine Verletzung der gebotenen Sorgfalt noch soeben abgelehnt werden kann. Es stehe jedoch außer Zweifel, daß nach weiterer Publikation solcher Schocktodesfälle Verstöße gegen die unerläßlichen Mindestvorbedingungen bei Antibiotica-injektionen zukünftig als Nichtbeachtung der anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst angesehen werden müssen.

W. JANSSEN (Heidelberg)

**Falsche Lehrbuchangaben schützen nicht vor Strafe.** Münch. med. Wschr. 103, 1799 (1961).

Ein Patient hatte eine intravenöse Injektion von 400 cm<sup>3</sup> etwa 20%iger Kochsalzlösung erhalten und dadurch schwere Gesundheitsschäden erlitten. Gegeben werden sollte eine 2,5%ige Kochsalzlösung. In einem Standardwerk war verzeichnet, daß in solchen Fällen 630 cm<sup>3</sup> einer 25%igen Kochsalzlösung angemessen seien. Der Arzt ist wegen fahrlässiger Körperverletzung bestraft worden; bei gehöriger Sorgfalt, so meint das Gericht, hätte er erkennen müssen, daß ein Kranker eine so hochprozentige Kochsalzlösung nicht vertragen kann, daß also die Zahlenangabe in dem medizinischen Standardwerk falsch sein müsse.

B. MUELLER (Heidelberg)

**H. Schulten: Ärztliche Gedanken zum Prozeß gegen Dr. Issels.** [Med. Univ.-Poliklin., Köln.] Med. Klin. 56, 1931—1934 (1961).

Verf. hat den Prozeß teilweise als Sachverständiger erlebt. Nach seiner Meinung kann keine Rede davon sein, daß einem Arzt verboten ist, Tumoren mit sonst nicht üblichen und nicht allgemein anerkannten Heilmitteln zu behandeln, diese Methoden können zunächst einen günstigen Einfluß ausüben (Tonsillektomie, Verwendung von nichtspezifischen Bluttesten zwecks Beruhigung des Patienten u. a.). Übelgenommen habe man dem angeklagten Arzt, daß er Patienten, die durch operatives Eingreifen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit hätten gerettet werden können, mit seinen eigenen Methoden behandelt habe; Verf. verweist auf die Darstellung von KOERTING: Der Strafprozeß gegen Dr. ISSELS, Bayr. Ärzteblatt 1961, 295.

B. MUELLER (Heidelberg)

**E. Goetz: Schuldhafte Amtspflichtverletzung des Arztes einer Behörde?** Med. Sachverständige 57, 234—237 (1961).

Ein früherer Soldat war 1915 verwundet worden; als Folge der Verwundung hatte man eine fortschreitende Deformierung des knöchernen Beckens, ein chronisches Blasenleiden und ein chronisches Mastdarmleiden anerkannt. Die Versorgungsakten waren durch Kriegseinwirkung verlorengegangen. Der angestellte Arzt eines Versorgungsamtes veranlaßte eine Untersuchung im Krankenhaus, an der sich der Röntgenologe und der Internist beteiligten. Danach bildete sich in der Gegend des Kreuzbeins eine Darmfistel. Der Untersuchte verlangte Entschädigung und Schmerzensgeld; es wurde festgestellt, daß die Untersuchung unsachgemäß vorgenommen worden war. Beides wurde dem Betreffenden zuerkannt, und zwar wurde die Zahlung der Entschädigung dem Versorgungsamt auferlegt; die dagegen eingelegte Revision wie der BGH zurück. Die Haftpflicht des Versorgungsamtes wurde von den Gerichten damit begründet, daß der Arzt dieses Amtes verpflichtet gewesen wäre, durch Voruntersuchung festzustellen, ob die im Krankenhaus zugemuteten Untersuchungsmethoden zu einer Verschlimmerung des Leidens führen könnten. Verf. weist darauf hin, daß der Arzt des Versorgungsamtes zu dieser Feststellung gar nicht in der Lage gewesen sei; gerade weil es sich um Spezialuntersuchungen gehandelt habe, habe man die Spezialisten des Krankenhauses herangezogen. Es sei schwierig, eine Satire hierüber nicht zu schreiben (Verf. ist Regierungsmedizinaldirektor im Bundesarbeitsministerium).

B. MUELLER (Heidelberg)

**GG Art. 2 Abs. 1, Art. 3, 9 Abs. 1, 14; Württ.-Hohenz. Ges. v. 2. 8. 1951 (Reg.Bl. S. 83).** Zur landesrechtlichen Einführung einer Pflicht-Altersversorgung für freiberuflich

tätige Ärzte. [BVerfG, Beschl. v. 2. V. 1961; 1 BvR 203/53.] Neue jur. Wschr. A 14, 1155—1156 (1961).

Der Beschwerdeführer ist als Zahnarzt (Pflicht-)Teilnehmer der Versorgungsanstalt. Er hat gegen die die Versorgungsabgabe regelnden Bestimmungen Verfassungsbeschwerde erhoben. Das BVerfG hält die Beschwerde für unbegründet, bejaht die Pflichtteilnehmerschaft und die Gesetzeszuständigkeit des Landes. Die Schaffung eines Versorgungswerkes aus sozialen Gründen sei nicht verfassungswidrig. Auch die Rüge, die sich auf die Unterschiedlichkeit der Versorgungsabgaben bei Ärzten und Zahnärzten bezieht, wird als unbegründet bezeichnet. GERCHOW (Kiel)

**G. Herold: Über die Fortbildungspflicht des Arztes.** Med. Wschr. 15, 622—624 (1961).

Fortbildung ist für den Arzt nicht nur Standes- sondern auch Rechtspflicht. Das Reichsgericht entschied 1938, daß der Arzt sich über die Fortschritte der Heilkunde nach bestem Können unterrichten muß und sich neuen Lehren nicht aus Bequemlichkeit, Eigensinn oder Hochmut verschließen darf (RGSt Bd. 64, S. 269 und Bd. 67, S. 12; Jur. Wschr. 1938, 2203). Die Verpflichtung zur Fortbildung ist kein unbilliges Verlangen an den Arzt; denn die gleiche Notwendigkeit besteht für alle anderen Berufszweige, denen im allgemeinen nicht so hohes Rechtsgut anvertraut ist. Nach Ansicht des Verf. — Notar in Augsburg — sind aber je nach dem Tätigkeitsbereich (Landarzt, Facharzt, Krankenhausarzt, Hochschullehrer) unterschiedliche Anforderungen zu stellen. Der Arzt schöpft die Ergänzungen seiner Kenntnisse aus Zeitschriften und Kongreßbesuchen. Als Beispiel für die seitens der Gerichte an den Arzt gestellten hohen Anforderungen wird folgender Fall erwähnt: Ein Arzt las in der von ihm gehaltenen Zeitschrift 3 Monate nach ihrem Erscheinen die Mitteilung einer Universitäts-Klinik, zur Bekämpfung des Juckreizes bei Kraurosis ani eigne sich 1%ige Percainlösung. Er übersah im folgenden Heft die Druckfehlerberichtigung, daß es 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub>ige Percainlösung heißen müsse, und behandelte einen Patienten mit 30 cm<sup>3</sup> der 1%igen Lösung, so daß der Tod eintrat. Das Gericht verurteilte den Arzt wegen fahrlässiger Tötung und warf ihm vor, es pflichtwidrig unterlassen zu haben, die Zeitschrift regelmäßig zu lesen oder vor Anwendung des Behandlungsverfahrens bei einem Spezialisten rückzufragen. RAUSCHKE (Heidelberg)

**Fritz Höffken: Gedanken zum Entwurf des Bundes-Seuchengesetzes.** [Kongr. d. Bund., Dtsch. Med.-Beamten, Berlin, 7.—10. VI. 1961.] Öff. Gesundh.-Dienst 23, 559—572 (1961).

**Bundesärzteordnung.** Vom 2. Oktober 1961 [BGBl. I Nr. 82 S. 1857]. Bundesgesundheitsblatt 4, 356—358 (1961).

**Hanns E. Hieronymus: Das Bundessozialhilfegesetz.** Öff. Gesundh.-Dienst 23, 486 bis 497 (1961).

Das BSGH v. 30. 6. 61 (BGBl. I S. 815) tritt am 1. 6. 62 in Kraft. Damit wird das Recht der öffentlichen Fürsorge grundlegend neu geordnet. Zwei Gründe waren dafür maßgebend: die bisherigen Grundlagen stammen aus dem Jahre 1924 (Verordnung über die Fürsorgepflicht und die Reichsgrundsätze der öffentlichen Fürsorge). Die bisherige Zersplitterung mußte beseitigt und eine künftige Aufsplitterung vermieden werden. In das neue Gesetz mußte auch das Körperbehindertengesetz und das Tuberkulosehilfegesetz mit hineingearbeitet werden. Das gleiche galt für Sondergruppen wie die Blinden, die Sprachbehinderten, die spastisch Gelähmten. — Das neue Gesetz schafft zwar kein völlig neues Fürsorgerecht, aber es paßt sich der sozialen Entwicklung an. Es folgen grundsätzliche Bemerkungen zu dem neuen Gesetz, deren Einzelheiten hier aufzuführen viel zu weit führen würde. Weitere Abschnitte betreffen den im öffentlichen Dienst tätigen Arzt, und schließlich der letzte Hauptabschnitt die Leistungen, soweit sie für den im öffentlichen Dienst tätigen Arzt von Interesse sind. Die einzelnen Abschnitte dieses letzteren umfassen die vorbeugende Gesundheitshilfe, die Krankenhilfe, die Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen, die Eingliederungshilfe für Behinderte, die Tuberkulosehilfe, Blindenhilfe, Hilfe zur Pflege. Ein ausführliches Verzeichnis erläutert die einzelnen Bestimmungen und hebt die Unterschiede der bisherigen gesetzlichen Bestimmungen zu den künftigen Abschnitten des neuen Gesetzes hervor. WALCHER (München)

**Morton Birnbaum: Eugenic sterilization. A discussion of certain legal, medical, and moral aspects of present practices in our public mental institution.** (Eugenisch indizierte Sterilisation, Diskussion einiger rechtlicher, medizinischer und moralischer Gesichtspunkte zur gegenwärtigen Praxis in unseren öffentlichen Irrenanstalten.)

[109. Ann. Meet., Sect. on Nerv. and Mental Dis., Miami Beach, 16. VI. 1960.]  
 J. Amer. med. Ass. 175, 951—958 (1961).

Verf. beschäftigt sich mit Fragen der Verhütung des Nachwuchses bei entlassungsfähigen Geisteskranken. Dieser Nachwuchs sei durch erbliche Belastung und die Unfähigkeit der Kranken, ihre Kinder aufzuziehen, gefährdet. In jedem Falle stehe man vor dem Problem, eine chirurgische Sterilisation vorzunehmen, den Patienten zu asylieren (eugenic institutional sterilization) oder einfach zu entlassen. Während in 27 Staaten der USA eine chirurgische Sterilisation legal, teilweise auch zwangsweise, durchgeführt werden könne, bestehe nach den Unterbringungsgesetzen in allen Staaten der USA die Möglichkeit der Asylierung, wenn auch nicht ausdrücklich nur zur Verhütung von Nachwuchs. Medizinisch sei immer die soziale Anpassung der Kranken zu beurteilen, wobei die Norm (Anpassung an was?) problematisch sei. Moralisch einwandfrei sei die Verhinderung des Nachwuchses Geisteskranker nur dann, wenn wirkliche Freiheit in der Wahl der Methode vorliege, was Verf. angesichts der Bedingungen in amerikanischen öffentlichen Irrenanstalten bezweifelt. Er postuliert ein einklagbares Recht auf Behandlung, das der Einzelne den Interessen der Allgemeinheit entgegensetzen könne. H.-B. WUERMEILING (Freiburg i. Br.)

### Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

● Bernhard Wittlich: **Graphologische Praxis. Die Handschriftanalyse als Hilfsmittel für Psychologen, Pädagogen und Ärzte.** Mit einem Anhang: Gerichtliche Schriftenexpertise unter Mitwirkung von JOACHIM GERCHOW. Berlin: W. de Gruyter & Co. 1961. 159 S. u. 53 Taf. Geb. DM 20.—

In seiner knappen, aber an Beispielen sehr reichen Form soll das Buch als Ergänzung zu WITTLICHS „Angewandter Graphologie“ dienen; die Begriffserklärungen sind kompendien-artig kurz und prägnant gehalten, weil das Werk zur Weiterbildung für Fortgeschrittene gedacht ist. 23 Tafeln mit gegenüberstehenden Erläuterungen dienen dem graphologischen Sehen, die Lösung ist technisch sehr angenehm. Das zweite große Kapitel enthält die Entwicklung der Charakterdiagramme, wodurch eine Objektivierung der Befunde erreicht wird. — Für die Beurteilung Jugendlicher und Heranwachsender wichtig ist das Kapitel über die krisenhafte Pubertät, an das sich eine kurze Ausführung über Charakterbewältigung und Echtheit anschließt. In einem Anhang kommt die gerichtliche Schriftexpertise zur Sprache mit Beispielen der Verstellung, der Schizophrenie, Widerstandstendenz und -energie. Das Buch schließt mit dem *Schriftänderungstest* zur Beurteilung der Alkoholbeeinflussung; die Alkoholbeeinträchtigung dürfte durch keinen anderen Test auf eine so einfache Art und Weise erfaßt werden können. Es ist zu hoffen, daß gerade dieser Test noch stärker zur Untersuchung herangezogen wird. Die drucktechnische Ausführung der Schrifttafeln ist sehr gut, Merkmalssucher und Lineale sind in Kartonstärke beigegeben. BOSCH (Heidelberg)

J. Chr. Giertsen: **Faecal matter in stains. Their identification.** (Die Identifikation von Kotflecken.) [Univ. of Bergen School of Med., Gade Inst., Dept. of Path., Bergen, Norway.] J. forensic Med. 8, 99—110 (1961).

Ein Notzuchtsverbrechen, in dem das Opfer Kot gelassen hatte und der Täter seine Kleidung mit Kot beschmiert hatte, gab den Anlaß zu den Untersuchungen. Die Diagnose eines Kotfleckes stützt sich auf den Geruch, die Farbe, die Bakterienflora, unverdaute Nahrungsbestandteile und Beimengungen von Parasiten. Der Geruch ist charakteristisch, kann in geringen angetrockneten Spuren aber auch fehlen. Die Farbe des Kots ist den Gallenfarbstoffen zuzuschreiben. Nur der Nachweis von Urobilin gilt als beweisend für eine Verunreinigung mit menschlichem Stuhl. Am angetrockneten Material gelingt dieser Beweis nicht immer. Bei der gerichtsmedizinischen Kotuntersuchung darf eine bakteriologische Untersuchung nicht fehlen. *E. coli* und Enterokokken seien ein wichtiger Hinweis auf eine Verunreinigung mit Kot. Eine geringe Spezifität kommt den Nahrungsbestandteilen zu. Auf Eingeweidewürmer und ihre Eier sowie Protozoen ist zu achten. Ungewöhnliche Kotbeimengungen erlauben nach vergleichenden Untersuchungen mitunter Rückschlüsse auf die Herkunft eines Kotfleckes. Methodische Einzelheiten sind im Original und in der zitierten Literatur nachzulesen.

H. LEITHOFF (Freiburg i. Br.)