

seine Einweisung innerhalb der Anstalt, für die Arbeitszuteilung, für die Verhinderung von Anstaltsrevolten und andere Probleme von Bedeutung. Verf. teilt die Methodik der Untersuchung und die Fragestellung (41 Hauptpunkte, vielfach mit Unterfragen) mit. 22 der 41 Persönlichkeitsfragen haben sich als nicht bedeutungsvoll erwiesen (darunter religiöse Zugehörigkeit, Erziehungs- und Bildungsstand, Intelligenzquotient, Grund der Entlassung aus der Wehrmacht, Zahl der früheren Verurteilungen und Einweisungen in Erziehungsheime, Zahl der Vorstrafen und deren Dauer u. a.). Bei den gut angepaßten Gefangenen ist der Anteil der Weißen größer als bei den schlecht angepaßten. Merkmale, die Unterschiede zwischen gut und schlecht Angepaßten erkennen lassen: die schlecht Angepaßten kamen zu einem größeren Prozentsatz aus ungeordneten häuslichen Verhältnissen, waren in weit größerer Zahl ledig, hatten häufiger ihren Wohnsitz gewechselt, begingen in höherem Maße Diebstähle, auffallenderweise jedoch weniger Gewalt- und Erregungsdelikte, hatten im Durchschnitt kürzere Strafzeiten, waren seltener Erst- oder Gelegenheitstäter, aber häufiger Rückfallstäter. Die schlecht Angepaßten waren in größerem Maße als nicht zweifelsfrei besserungsfähig eingestuft worden. Verf. hebt hervor, daß diese Untersuchung nur ein Anfang sein könne und weiterer Ergänzungen bedürfe, für die er einige Hinweise und Fragestellungen gibt.

KONRAD HÄNDEL (Karlsruhe)

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

#### ● J. Cremer: Grundlagen der ärztlichen Rechts- und Berufskunde für Ärzte und Studierende. Stuttgart: Ferdinand Enke 1962. VIII, 58 S. DM 7.40.

Das Büchlein „Grundlagen der ärztlichen Rechts- und Berufskunde“ bringt in knapper Form mehrere Kapitel aus dem in jüngster Zeit stark angewachsenen Stoff aus dem Grenzgebiet zwischen Jurisprudenz und Medizin. Im einzelnen werden folgende Fragenkomplexe abgehandelt: Das 1. Kapitel „Rechtsquellen“ bringt getrennt nach Bundes- und Ländergesetzgebung die einschlägigen gesetzlichen Grundlagen für die Ausübung des ärztlichen Berufes. Im 2. Kapitel „Die öffentlich-rechtliche Stellung des Arztes“ finden sich Auszüge aus der Bundesbestallungsordnung und der Bundesärzteordnung sowie eine kurze Erläuterung der Vorschriften für die Ableistung der Medizinalassistentenzeit. Entscheidungen hoher und höchster Gerichte, die die öffentlich rechtliche Stellung des Arztes betreffen, werden auszugsweise zitiert. Im 3. Kapitel „Die Berufspflichten des Arztes“ finden sich Erläuterungen zu den Pflichten des Arztes an Hand von Auszügen aus der Bundesberufsordnung und der einschlägigen Artikel des Grundgesetzes. Eine zumindest knappe Darstellung des Facharztwesens wird hier vermißt. Im 4. Kapitel „Die bürgerlich-rechtliche Stellung des Arztes“ werden im wesentlichen die vertraglichen Beziehungen zwischen Arzt und Patient für Privat- und Kassenpatienten bei der Behandlung in der Praxis und im Krankenhaus dargestellt. Im 5. Kapitel „Die Haftpflicht des Arztes“ bringt der Verf. die Fragen, die sich aus der Haftung bei ärztlicher Behandlung für den Arzt und dessen Hilfspersonal ergeben können. Operationsrecht und Aufklärungspflicht werden hier zum Teil erwähnt. Im 6. Kapitel „Der Arzt und das Strafrecht“ wird kurz auf die Rechtslage beim ärztlichen Eingriff eingegangen und das Problem der Aufklärungspflicht angedeutet. Die ärztliche Hilfeleistungspflicht im Zusammenhang mit § 330c StGB wird angesprochen. Weiter werden die Schwangerschaftsunterbrechung, die ärztliche Schweigepflicht und die künstliche Insemination unter Bezugnahme auf die einschlägige Rechtsprechung besprochen. Das letzte Kapitel behandelt die ärztlichen Berufsorganisationen und geht kurz auf die Berufsgerichtsbarkeit ein. Im Anhang finden sich der Tarifvertrag für Medizinalassistenten, ein Auszug aus dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und ein Auszug aus der Bundesärzteordnung. Die ärztliche Rechts- und Standeskunde hat sich während der letzten Jahre immer mehr zu einem selbständigen Wissenszweig im Rahmen des medizinischen Unterrichts entwickelt und wird im Unterricht in Zukunft noch an Bedeutung gewinnen. Sicher wird dieses kleine Fach in den nächsten Jahren noch kein selbständiges Dasein führen können, ohne von einem größeren Fach mitbetreut zu werden. Ref. glaubt, daß im Rahmen einer medizinischen Fakultät kein Fach mehr geeignet ist, sich dieses speziellen Gebietes anzunehmen, als die gerichtliche Medizin. Die einschlägigen Lehrbücher aus der Vorkriegs- und Kriegszeit sind weit mehr als in den anderen medizinischen Disziplinen unbrauchbar geworden. Bei der Fülle des Stoffes aus dem Grenzgebiet zwischen Jurisprudenz und Medizin ist es erforderlich, daß eine Auswahl für den Lehrstoff getroffen wird, die einerseits dem Studenten eine solide Grundlage seines Wissens verschafft und deren schriftliche Festlegung andererseits wie in den anderen Fächern ein beratender Begleiter im späteren ärztlichen Leben sein kann. Es ist das Verdienst des Verf., den Versuch unternommen

zu haben, mit der Publikation einen Beitrag für die Festlegung der Grenzen des relativ jungen Faches geleistet zu haben. Diese Grenzziehung ist insbesondere im Hinblick auf die Übereinstimmung des Lehrstoffes an den verschiedenen Universitäten von großer Bedeutung.

SPANN (München)

● **Georg Schulz: Der Arzt vor dem Richter. Ein Arztrecht für den Praktiker.** 2. überarb. Aufl. Hannover: Schlütersche Verlagsanst. u. Buchdruckerei 1962. 260 S. Geb. DM 19.—.

Es handelt sich um ein kleines Lexikon des Arztrechtes; die Abschnitte werden alphabetisch nach Stichworten gebracht. Das Kassenarztrecht und die Sozialversicherung sind — von gewissen Ausnahmen abgesehen — nicht berücksichtigt worden. Verf. ist auch sonst durch Aufsätze auf arztrechtlichem Gebiet bekannt geworden. Er hat die Artikel in den medizinischen Wochenschriften sorgfältig berücksichtigt und zitiert auch gerichtliche Entscheidungen, ebenso sonstige Literatur. Die Lesbarkeit der Artikel ist meist recht gut, manchmal werden sie vielleicht für denjenigen Arzt, dem ein Nachdenken über Rechtsbegriffe gar nicht liegt, etwas schwer verständlich sein, doch handelt es sich hier nur um Ausnahmen. Als Beispiel seien Einzelheiten über den kurzen Abschnitt „Aufklärungspflicht“ gebracht (S. 44/45): Der Umfang ist umstritten, „der Arzt muß den Patienten über die typischen Folgen des Eingriffes aufklären, nämlich über diejenigen Gefahren und Folgen, mit deren Eintritt nach den Erfahrungen der Heilkunde zur Zeit der Behandlung im gegebenen Fall unter Berücksichtigung seiner Besonderheiten in dem Sinn gerechnet werden muß, daß sie nicht nur in äußerst seltenen, auf ungewöhnliche und nicht voraussehbare Komplikationen beruhenden Ausnahmefällen eintreten und sie medizinisch nicht mit genügender Sicherheit verhindert werden können“ (Ref. fürchtet, daß der Arzt der Praxis von dieser von SCHWALM stammenden Definition sehr wenig hat). Eine Komplikationsdichte von 4% braucht nach Meinung einiger nicht berücksichtigt zu werden, nach der Meinung anderer ist eine Grenze von 10% angemessen. Unvorgesehene Komplikationen braucht der Arzt nicht zu berücksichtigen. Etwaige Nebenwirkungen dürfen nicht verschwiegen werden. Für unvorhergesehene Komplikationen braucht der Arzt nicht zu haften. Besprochen werden könnte noch die im Schrifttum aufgeworfene Frage, wie der Arzt sich zu verhalten hat, wenn die Psyche des Kranken eine so gründliche Aufklärung nicht verträgt (Ref.). — Das Kapitel „Blutalkoholgehalt“ (S. 77) ist vielleicht etwas zu kurz dargestellt. Sehr zuzustimmen ist dem Vermerk, daß der Arzt sich dem Auftrag, Blut zu entnehmen, nicht entziehen sollte, es sei denn, daß persönliche Beziehungen zwischen Arzt und Beschuldigtem bestehen. — Im ganzen muß gesagt werden, daß das Buch zum Nachschlagen in ärztlichen Rechtsfragen sehr geeignet ist. Daß innerhalb eines Jahres schon eine zweite Auflage erforderlich war, beweist, daß das Buch sich bewährt hat.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Medizinischer Okkultismus. Paramedizin.** Von K. BUCHMÜLLER, A. EIGNER, CH. FRÖHLICH u. a. Hrsg.: O. PROKOP. Jena: Gustav Fischer 1962. 272 S., 7 Abb. u. 8 Taf. Geb. DM 18.80.

Herausgeber hat seine schon früher viel beachtete Monographie „Homöopathie und Wissenschaft. Eine Kritik des Systems“, Stuttgart 1957 [diese Z. 46, 509 (1957/58)] durch das vorliegende Buch ergänzt, das zusammen mit seinen gegenwärtigen und früheren Mitarbeitern G. JENTZSCH, CHRISTIANE KERDE, W. REIMANN und außerdem mit Ärzten aus Kliniken der Charité, aber auch aus Bonn und Salzburg geschrieben wurde. Einzelne Teile des Buches sind bereits in der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und in der Zeitschrift „Sprachforum“ abgedruckt worden. Das Buch gliedert sich in die Kapitel: Naturwissenschaft und Aberglaube, okkulte Sprache, Irisdiagnose, Telepathie und Hellsehen, Wünschelrute, Erdstrahlen-Abschirmgeräte, siderisches Pendel, Abergläubisches im Umgang mit Patienten, einen Aufsatz über Pfarrer Sebastian Kneipp, Erörterungen über die Cellulartherapie, über die Astromedizin, über die Homöopathie, über die ultrarote Körperstrahlung und über das sog. 6. und 7. Buch Moses. Die Sprache der Verf. wird zuweilen scharf, wenn Gerichte allzu gläubig den Ausführungen der Angeklagten und Pseudosachverständigen gefolgt sind. Die Ausführungen stehen auf strenger naturwissenschaftlicher Grundlage. Von Einzelheiten wird erwähnt, daß KNEIPP Verdienste um die Hydrotherapie hat und daß man seine Vorschläge auch jetzt noch zum Teil befolgt, er muß jedoch auf Grund der Art und Weise, wie er in Wörishofen Wasserheilkunde trieb, als Kurpfuscher angesehen werden. Wenn ein Arzt die Dermographie so prüft, daß er mit der Nadel oder mit dem Stiel des Perkussionshammers in Kreuzform die Brust des Kranken bestreicht, so wird von abergläubischen Patienten manchmal daraus der Schluß gezogen, der Arzt habe den

Kranken aufgegeben und dies dadurch kundgetan, daß er ein Kreuz auf seine Brust zeichnete. Die Forschungen von PAWLOW und BYKOW, die auf exakten Experimenten beruhen, haben mit der Homöopathie nichts zu tun und sind nicht geeignet, die Lehren der Homöopathen zu stützen. Auch sonst werden die Argumente der Paramediziner abgelehnt, und zwar auf Grund objektiver naturwissenschaftlicher Betrachtungen unter exakter Heranziehung des Schrifttums. — Wer sich als Sachverständiger in Verfahren gegen Kurpfuscher und medizinische Außenseiter betätigen muß, wird sich viel Arbeit sparen, wenn er von dem Inhalt dieses gut gelungenen und preiswerten Buches Kenntnis nimmt.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Werner Catel: Grenzsituationen des Lebens. Beitrag zum Problem der begrenzten Euthanasie.** Nürnberg: Glock und Lutz 1962. 195 S. geb. DM 9.80.

In stilistisch ausgezeichneten, von weitgehender Literaturkenntnis getragenen Ausführungen macht Verf. zunächst geltend, daß das Töten an sich von weltlichen und kirchlichen Instanzen nicht grundsätzlich abgelehnt, sondern unter besonderen Umständen nicht nur gebilligt, sondern gefordert wird (Ketzler- und Hexenprozesse im Mittelalter, Vollstreckung von Todesurteilen, Krieg). Nach einer mündlichen Mitteilung an den Verf. soll auch das Flugzeug, von dem aus die erste Atombombe abgeworfen wurde, vor dem Start kirchlich gesegnet worden sein. Nach dieser Einleitung setzt sich Verf. für gesetzliche Bestimmungen über die Sterbehilfe ein, sowohl für die indirekte (z. B. Fortlassen von Kreislaufmitteln bei Kranken, die binnen kurzem doch sterben müssen) als auch für die direkte (vorsätzliches Töten von Menschen, die bei unheilbaren Leiden und starken Schmerzen nicht mehr leben wollen, und bei Monstren oder völlig kontaktlosen Idioten); natürlich soll die Sterbehilfe streng überwacht werden. Eine Kommission, bestehend aus einem Juristen, einem Gutachter und einem Amtsarzt soll sie auf Antrag des Kranken oder bei Geschäftsunfähigkeit der Angehörigen nach gründlicher Untersuchung beschließen; wer sie nachher durchführt, bleibt offen. — Verf. führt unter anderem auch LUTHER als Kronzeugen dafür an, daß er einen Idioten als „Wechselbalg“ und als „Massa carnis“ bezeichnete und seinem Landesherrn, dem Kurfürsten von Sachsen, das „Homicidium“ empfahl. Sehr bemerkenswert ist nach Meinung von Ref., daß der Kurfürst der Meinung seines geistlichen Ratgebers nicht folgte, sondern offenbar Hemmungen hatte. Schmerzen und Unlustgefühle können heutzutage bekämpft werden; ob sich wirklich ein unheilbar Kranker der Kommission anvertrauen und danach in die Sterbehilfe einwilligen würde, erscheint sehr fraglich. Idiotenkinder werden oft von den Eltern sehr geliebt; wenn sie auch bei der Beantwortung der Fragebogen sich theoretisch für den Tod des Kindes aussprachen, wären sie nachher tatsächlich damit einverstanden gewesen? Ob Äußerungen kirchlicher Würdenträger und katholischer Verbände, auf die Verf. sich stützt, unter Berücksichtigung ihres Gesamtinhaltes und des Anlasses ihres Zustandekommens richtig gewertet wurden, dies zu beurteilen fehlt Ref. die Sachkenntnis. Es ist durchaus möglich, daß Verf. bei einer Anzahl von ärztlichen und nichtärztlichen Lesern angesichts des glänzenden Stiles der Ausführungen Zustimmung findet; sehr viele, so auch Ref., wird er nicht überzeugen können. Wir haben leider sehen müssen, was aus zunächst gut gemeinten Bestrebungen hinsichtlich der Euthanasie wurde; medizinisch oder soziologisch notwendig ist ein solches Gesetz nicht, grundsätzliche Bedenken konnten nicht zerstreut werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Eberhard Schmidt: Empfiehlt es sich, daß der Gesetzgeber die Fragen der ärztlichen Aufklärungspflicht regelt?** (Verh. d. 44. Deutschen Juristentages. Hannover 1962. Bd. 1: Gutachten. Teil 4.) Tübingen: J. C. B. Mohr (Paul Siebeck) 1962. 178 S.

Verf., der sich durch besondere Einfühlungsgabe in ärztliche Belange auszeichnet, bringt zunächst in scharfsinnigen Ausführungen die Geschichte der juristischen Auffassungen zur ärztlichen Aufklärungspflicht vor Eingriffen; sie beginnt im Jahre 1894, als das RG eine gegen den Willen des Vaters an einem Kinde durchgeführte Operation im Gegensatz zur Auffassung der Strafkammer als Körperverletzung ansah. Ein besonderes Berufsrecht des Arztes wird auch in der Folgezeit nicht anerkannt. In den nächsten Jahrzehnten bestand die Tendenz, die Ermessensfreiheit des Arztes mehr und mehr einzuschränken, was durch genau zitierte Entscheidungen belegt wird. Verf. spricht von einem „kalten Krieg“, der auf diese Weise zwischen Ärzten und Gerichten entstanden ist, so beim Verlangen des BGH, unter Mitteilung der Krebsdiagnose auf Nebenwirkungen unangenehmer Art nach Durchführung der Strahlentherapie hinzuweisen. Für die Strafrechtsreform gipfeln die Vorschläge von Verf. dahin, daß nach seinen gut durchdachten Erwägungen die Bestrafung wegen eigenmächtiger Heilbehandlung nicht erfolgen darf, wenn 1. ein Aufschub das Leben, die Gesundheit oder den Gemütszustand ernstlich gefährden würde,

2. die Aufklärung in einem Maße eingeschränkt wird, wie es erforderlich erscheint, um den Kranken vor einer ernstlichen Beeinträchtigung seines seelischen Zustandes oder seiner Gesundheit zu bewahren. Entschließt sich der Gesetzgeber zu diesen Einschränkungen nicht, so ist es nach Ansicht des Verf. besser, die ganze Problematik der ärztlichen Aufklärungspflicht ungelöst zu lassen. Die etwa notwendige Regelung von Einzelheiten könnte auch durch eine gesetzliche Berufsordnung oder eine erweiterte Bundesärzteordnung erfolgen. Das Gutachten schließt mit dem Warnruf „videant consules!“.

B. MUELLER (Heidelberg)

**J. Proteau, W. Tabarra, et L. Dérobert: A propos d'une paralysie de la branche externe du nerf spinal dans les suites d'une biopsie ganglionnaire cervicale.** [Soc. Méd. Lég. et Criminol., France, 13. XI. 1961.] Ann. Méd. lég. 42, 154—157 (1962).

**Ernest H. Müller: Bakteriämie nach Zahnextraktionen.** [SSO-Kongr., Interlaken, 1.—3. VI. 1962.] Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 72, 283—294 (1962).

**A. Fasel: Tod durch intramuskuläre Penicillin-Injektion.** [St.-Vinzenz-Krankenhh., Hanau a. M.] Wien. med. Wschr. 112, 65—67 (1962).

Seit 1945 sind Todesfälle im anaphylaktischen Schock nach intramuskulärer Penicillininjektion bekannt. Ihre Häufigkeit wird mit etwa 1:1 Mill. angenommen. So ereigneten sich in Dänemark drei Todesfälle in 4 Jahren und in den USA 1953—1957 72 Todesfälle. Nach einer Statistik der Welt-Gesundheits-Organisation 1952—1956 ergibt sich eine Todesrate von 0,83 auf Tausend in Indien gegenüber 0,005 auf Tausend in Mexiko. Die Todesursache bleibt meist ungeklärt, jedoch finden sich morphologische Zeichen des Lungenödems und der Stauungshyperämie, manchmal auch Hirnödem bis zur hämorrhagischen Pseudoencephalitis. Aus einer Zusammenstellung der Grundkrankheiten und der Autopsiebefunde geht hervor, daß neben Krankheiten des ZNS, Asthma bronchiale und entzündliche Erkrankungen der oberen Luftwege häufig zu finden sind. Die Penicillin-Allergie entwickelte sich nach derzeitiger Ansicht außer nach früheren Penicillin-Injektionen häufig nach mykotischen Infektionen. Auch der Genuß schimmelpilzhaltiger Nahrungsmittel wird als zur Sensibilisierung geeignet angesehen. Eine individuelle Disposition zur Entstehung anaphylaktischer Reaktionen scheint gleichfalls eine Rolle zu spielen. Nach Hinweisen zur Therapie des Penicillinschocks folgt die Schilderung eines Todesfalles nach einer einzigen intramuskulären Procain-Penicillin-Streptomycin-Injektion. Als wesentlichster Autopsiebefund wird das Lungenödem und die Stauungshyperämie der inneren Organe angesehen, als vermutliche Sensibilisierungsursache 8 Jahre zurückliegende Penicillininjektionen sowie als Ausdruck einer bestehenden Allergieneigung ein starkes Ekzem in der Nachbarschaft eines Stumpfgeschwürs.

MARESCH (Graz)

**Ed. Jenny: Die Gefahren lokaler Cortisonanwendung am Auge.** (Gefahren der lokalen Cortisonanwendung am Auge.) Schweiz. Apoth.-Ztg. 100, 286 (1962).

Es wird gegen eine kritiklose Anwendung von Corticosteroiden bei allen entzündlichen Augenaffektionen Stellung genommen. Bei gewissen Hornhauterkrankungen (vor allem frische Verletzungen, Virus- und Pilzaffektionen) kann es unter Cortisonanwendung zu bis zur Perforation führenden Ulcerationen kommen. Auch die Kombination mit einem Antibioticum kann diese Gefahr nicht beseitigen. Der Verf. fordert zum Ausschluß der möglichen Kontraindikationen vor Cortisonanwendung am Auge eine biomikroskopische Untersuchung der Hornhaut. SACHS (Kiel)

**M. Cachin, Cl. Lévy et L. Antebi: Les ictères thérapeutiques à la norethandrolone.** (Ikterus nach therapeutischen Gaben von Norethandrolone.) [Hôp. Lariboisière, Paris.] Rev. int. Hépat. 12, 131—149 (1962).

Das Auftreten von Ikterus nach Behandlung mit Androgenen ist selten, aber bekannt. Verff. beschreiben zwei Fälle, in denen nach therapeutischen Gaben von Norethandrolon ein rein cholestatischer Ikterus auftrat. Meist sind diese Fälle absolut gutartig, sie heilen ohne Folgen aus. Eine gestörte BSP-Ausscheidung ist ein Alarmsignal und bedingt sofortiges Absetzen des Medikaments.

E. BORN (Köln)

**B. Mueller: Gibt es Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht bei einem ernsthaft erkrankten Verkehrsteilnehmer.** Therapiewoche 12, 286—290 (1962).

Die hohe Zahl der Unfallverletzten und Unfalltoten verlangt vom Arzt an der Vermeidung von Verkehrsunfällen prophylaktisch mitzuwirken. Akute und chronische Erkrankungen vermögen zeitweise oder dauernd die Fahrtüchtigkeit aufzuheben. Überzeugende kasuistische Beispiele aus verschiedenen ärztlichen Fachrichtungen werden gebracht. Die Problematik der

Schweigepflicht als Zeuge und Sachverständiger vor Gericht und beim Umgang mit Behörden und Versicherungsgesellschaften wird erörtert. Auf die Verpflichtung zur Aufklärung des Patienten bei Feststellung entsprechender Befunde wird hingewiesen. Für die Fälle, in denen der Patient nach der Feststellung von die Fahrtüchtigkeit ausschließenden Befunden, dem Ratschlage des Arztes, sich dem Verkehr fernzuhalten, nicht befolgt wird, empfiehlt Verf. in Übereinstimmung mit gerichtlichen Entscheidungen bei Gewissenskonflikt, die Verwaltungsbehörde zu informieren. Als Weg der Information wird die telefonische Verständigung des Gesundheitsamtes vorgeschlagen.

SPANN (München)

**Siegfried Mann: Die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht in der Bundeswehr, zugleich eine Erläuterung der Richtlinien des Bundesministers der Verteidigung über die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht in der Zusammenarbeit von Sanitäts-offizieren und Truppendienststellen (einschl. Disziplinarvorgesetzten) und im Verfahren zur Feststellung einer Wehrdienstbeschädigung vom 9. 12. 61 — Az. VR II 2/In San I 1—42—11—00—01. Wehrmed. Mitt. 1962, 33—37.**

Verf. bringt zunächst die bekannten allgemeinen Grundsätze über die Frage des ärztlichen Berufsgeheimnisses und geht dann auf die Sonderverhältnisse bei der Bundeswehr ein. Nach seiner Auffassung braucht das Berufsgeheimnis nicht innegehalten zu werden, wenn die Offenbarung überwertig richtig ist, etwa für den Soldaten selbst oder für die Gemeininteressen der Bundeswehr. In solchen Fällen darf der Truppenarzt dem Disziplinarvorgesetzten Mitteilung machen; dies wird ihm in seiner Eigenschaft als Sanitätssoffizier in Richtlinien des Bundesverteidigungsministers sogar zur Pflicht gemacht. Wird der Truppenarzt als ärztlicher Sachverständiger befragt, so darf er nach Meinung des Verf. auch diejenigen Einzelheiten verwenden, die er vom Soldaten in seiner Eigenschaft als behandelnder Arzt erfahren hat. Feinere Unterschiede zwischen behandelndem Arzt und Gutachter können unter militärischen Verhältnissen nicht gemacht werden (dies gilt aber nicht für zivile Verhältnisse, Ref.). B. MUELLER (Heidelberg)

**Charles Walser: Gebißschäden unter den Gesichtspunkten der Haftpflicht eines Schädigers und der Invalidität in der privaten Unfallversicherung. Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 71, 1073—1100 (1961).**

In der Unfallversicherung besteht heute die Tendenz, den Zahnunfällen mehr Bedeutung beizumessen als früher. Die Ursache liegt einerseits in einer allgemeinen Hebung des Lebensstandards, andererseits in der Zunahme der Zahnunfälle durch die enorme Verkehrs- und zum Teil Sportentwicklung. In der Haftpflichtversicherung werden die Folgen des Unfalls ebenfalls übernommen, soweit sie in den zahnärztlichen Bereich fallen. Mehr Schwierigkeiten bereitet es, auch für Entstellungen, moralische Schäden, Umtriebe, Beeinträchtigung der Lebensfreude, Verminderung der Berufsaussichten oder der Heiratsaussichten eine gerechte Entschädigung zu erhalten. — Es wurden aus der kinderzahnärztlichen Praxis mehrere Fälle geschildert und beschrieben, wie der Sachverständige in der Haftpflichtversicherung sein Gutachten abfertigen soll. Die zahnärztliche Kostenberechnung besteht nach Horz aus dem Folgenden: 1. Sofortbehandlungskosten, 2. Kosten der Ersatz- und der ersten Versorgung, 3. erste Krone, Brücke oder abnehmbarer Ersatz im Alter von 20 Jahren, 4. dasselbe im Alter von 30—35 Jahren, 5. im Alter von 40—50 Jahren, 6. im Alter von 50—65 Jahren. Dazu kommen noch die Entschädigungen für ästhetische Einbuße (moralische Schäden), psychische und finanzielle Schädigungen (Heirat, Beruf). Für Genugtuung, Umtriebe, Beeinträchtigung des Lebensgenusses werden im allgemeinen keine Entschädigung gewährt.

SCHERANZ (Budapest)

**StGB § 330c (Verpflichtung des Arztes zur Hilfeleistung; Erfordernis der Möglichkeit zur rechtzeitigen Hilfe).** Der an eine „Unglückstelle“ gerufene Arzt, der dem Hilferuf nicht Folge leistet, verletzt die ihm nach § 330c StGB obliegende Hilfe-pflicht grundsätzlich auch dann, wenn er bei Ankunft an der Unglückstelle nicht mehr helfen könnte. Es genügt, daß Hilfe in dem Zeitpunkt noch möglich war, in dem er von dem an ihn gerichteten Hilferuf Kenntnis erlangte. [BGH, Urt. v. 2. III. 1962; 4 StR 355/61.] Neue jur. Wschr. 15, 1212—1214 (1962).

Ein 9 Monate altes Kind erkrankte mit leichter Halsentzündung und Bronchitis. Der Hausarzt verreiste und bat einen anderen Arzt, ihn zu vertreten. Der Zustand des Kindes verschlechterte sich, es traten Atembeschwerden ein, das Kind sog mit Geräusch Luft ein. Fieberanstieg.

Der besorgte Vater läutete den Vertreter an, der ihm jedoch zumutete, mit dem Kind am nächsten Tag in die Sprechstunde zu kommen. Nach einiger Zeit meldete sich der Vater wieder mit der Mitteilung, das Kind liege im Sterben. Der Arzt lehnte sein Kommen mit der Begründung ab, daß er nicht der offizielle Vertreter des Hausarztes sei. Schließlich gelang es dem Vater, einen anderen Arzt dazu zu bewegen, den Hausbesuch zu übernehmen; er erschien in 15 min, konnte aber nur den Tod feststellen. Ob eine Sektion stattgefunden hat oder die medizinischen Verhältnisse eindeutig geklärt wurden, ergibt sich aus den Ausführungen nicht. Der Arzt, der sein Kommen verweigert hatte, erhielt wegen unterlassener Hilfeleistung vom Schöffengericht eine Geldstrafe von DM 1000.—, ersatzweise Gefängnis. Er machte in den weiteren Instanzen geltend, daß es sowieso zu spät war und sein Kommen das Kind nicht mehr gerettet hätte. Auf Grund eines Vorlagebeschlusses entschied der BGH, daß es zur Verurteilung schon genüge, wenn zur Zeit des ersten Hilferufes eine Hilfe auch nur möglich war. B. MUELLER (Heidelberg)

**Erich Dahlinger: Die Rechtsstellung des einzelnen nach dem Bundessozialhilfegesetz.** Neue jur. Wschr. 15, 1129—1132 (1962).

Im BSHG vom 30. 6. 61 (BGBl I S. 815) wird die Bezeichnung „öffentliche Fürsorge“ durch den Begriff „Sozialhilfe“ ersetzt. Die „Sozialhilfe“ hat sog. „Nachrang“, d.h. sie wird nur gewährt, wenn andere Institutionen, insbesondere die Träger der Sozialversicherungen zur Hilfeleistung nicht verpflichtet sind. Jeder Staatsbürger hat Anspruch auf Sozialhilfe. Voraussetzung ist, daß der Betreffende sich nicht selbst helfen kann. Auch können Beihilfen für Berufsausbildungen gewährt werden. Eine Verpflichtung zu späterem Kostenersatz besteht nur, wenn der Hilfeempfänger nach Vollendung des 18. Lebensjahres die Voraussetzung zur Gewährung der Sozialhilfe an sich selbst oder seinen unterhaltsberechtigten Angehörigen durch vorsätzliches oder grobfahrlässiges Verhalten herbeigeführt hat. Hat der Hilfeempfänger zum Unterhalt verpflichtete Angehörige, so können sie zum Kostenersatz herangezogen werden, soweit ihr monatliches Einkommen eine gewisse Mindestgrenze übersteigt. Der Anspruch auf Ersatz erlischt aber nach 4 Jahren. B. MUELLER (Heidelberg)

**F. Rath: Die rechtliche Beurteilung der Herstellung von Zahnprothesen als Dienstvertrag.** Dtsch. Zahnärztebl. 16, 138 (1962).

Der Vertrag zwischen Zahnarzt und Patient auf Herstellung eines künstlichen Gebisses ist Dienstvertrag und nicht Werkvertrag! Eine solche ärztliche Tätigkeit stellt eine echte Heilbehandlung dar, bei der die Bemühungen des Arztes als solche, wie bei Heilbehandlungen im allgemeinen, im Vordergrund stehen. Die Anfertigung des Gebißkörpers allein als technische Leistung tritt demgegenüber in den Hintergrund. Die Übernahme einer Erfolgsgarantie ist im Zweifel überhaupt abzulehnen. Wenn der Zahnarzt nicht imstande war, ein brauchbares Gebiß für den Patienten herzustellen und seine Bemühungen mißlingen, so ist sein Verschulden darin zu sehen, daß er die Behandlung überhaupt begonnen hat und dem Patienten Kosten auferlegte. Wenn sich ergibt, daß den Zahnarzt dafür, daß eine Prothese schlecht sitzt oder nicht richtig funktioniert, ein Verschulden nicht trifft — weil er seine Tätigkeit mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt hat —, so erscheint es nur gerechtfertigt, ihm seine Dienstleistungen zu vergüten. Das Ergebnis seiner Arbeit liegt nun einmal ebensowenig wie bei jedem anderen Arzt allein in seiner Macht, sondern von mancherlei Umständen, die bei einzelnen Menschen zu verschieden und auch bei dem geschulten Zahnarzt nicht mit unbedingter Sicherheit von vornherein erkennbar sind. SCHRANZ (Budapest)

**R. Schüppert: Herisau in der Schweiz — ein Herd des Kurpfuschertums.** Münch. med. Wschr. 104, 419—422 (1962).

Es wird davon berichtet, daß im Kanton Appenzell in der Schweiz Kurierfreiheit besteht und sich dort demgemäß, vor allem in der Ortschaft Herisau, ein blühendes Kurpfuschertum entwickelt hat. Während sonst in Europa gerade in dieser Hinsicht die Verhältnisse recht geordnet sind, macht die Schweiz, bzw. dieser Kanton der Schweiz, eine Ausnahme, die nicht verniedlicht werden sollte. Immer häufiger jedenfalls geraten Werbeinserate auch in deutsche Zeitungen, die, gut getarnt, geeignet sind, Kranke auf schnöde Art irre zu führen. In dem Artikel des auf diesem Gebiet sehr bewanderten Obermedizinalrates SCHÜPPERT aus Mainz werden besondere Blüten grotesken Kurpfuschertums wiedergegeben. So wird unter anderem ein Fall Wichtermann erwähnt. Dieser Kurpfuscher hatte sich als 30facher Doktor und 24facher Professor ausgegeben, er war gerichtlich erheblich bestraft worden. Seine Behandlungsmethode besteht darin, daß der jeweilige Patient auf ein Brettchen spucken muß, welches ein Teil der Wundermaschine des W. darstellt. Es entsteht nun ein unheimliches Geräusch in der Maschine. Auf

einer Skala wird die Krankheit des Patienten sowie die geeignete Medizin angezeigt, die der Patient gleich kaufen kann. Der Zeiger reagiert allerdings auch auf einen Fingerdruck von Wichtermann, der das Medikament auf diese Weise selbst bestimmen kann. Auf diese Art verdiente W. 3000—3500 Franken im Monat. Solche und ähnliche Fälle kommen gehäuft in Herisau vor. Vor allem wegen der immer mehr sich verbreitenden Werbung warnt der Verf. vor der Kontaktaufnahme mit Firmen oder „Ärzten“ aus Herisau. GUMBEL (Kaiserslautern)

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

**W. Hartl:** Zur Frage eines direkten Antihumanglobulintestes an isolierten, menschlichen Leukoeyten. [Med. Univ.-Klin., Marburg a. d. L.] Acta haemat. (Basel) 27, 104—112 (1962).

Verf. führte einen direkten Leukoeyten-Coombs-Test mit Antihumanglobulin-Serum vom Kaninchen bei zehn gesunden und 18 Patienten mit verschiedenen Krankheiten durch. Der Test war immer positiv. Wie Agglutinationsversuche und immunoelektrophoretische Untersuchungen zeigten, erklärt sich der regelmäßig positive Ausfall daher, daß menschliche Leukoeyten trotz intensiver Waschung in eiweißfreien Salzlösungen an ihrer Oberfläche doch noch Serumproteine enthalten (vor allem  $\gamma$ -Globulin, Albumin,  $\alpha_1$  Lipoprotein und Präalbumin), die mit dem Coombs-Serum in Reaktion treten. — Klinisch eröffnet der Nachweis von  $\gamma$ -Globulin in offenbar fester Bindung an die Zelloberfläche von Leukoeyten neue Aspekte in bezug auf die Pathogenese allergisch bedingter Leukopenien, insbesondere auch der Agranulocytose. KLOSE (Heidelberg)

**A. K. Tumanov and I. S. Lazurenko:** The possibility of using the solid medium precipitation reaction in forensic medicine. Sudebnomed. eksp. (Mosk.) 4, Nr 2, 33—35 (1961) [Russisch].

Die Verf. besprechen die Vorteile des Eiweißnachweises an Agar-Böden. Sie empfehlen diese Methode, da man die Reaktion auch mit trüben Extrakten und kleinsten Mengen durchführen kann, wobei die Ergebnisse (nach Austrocknung des Agars) auch als Corpus delicti aufbewahrt werden können. Die Methodik ist beschrieben. VÁMOSI (Halle a. d. S.)

**A. Canfora:** La diagnosi medico-legale di sangue mestruale mediante la ricerca dell'arsenico. (Die gerichtsarztliche Diagnose von Menstrualblut durch As-Nachweis.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Napoli.] Minerva med.-leg. (Torino) 82, 34—36 (1962).

Von der bekannten Tatsache ausgehend, daß das Menstrualblut, abgesehen von den Haaren und der Haut, unter allen körpereigenen Geweben und Flüssigkeiten den höchsten As-Gehalt aufweist, bestimmte Verf. quantitativ nach der von DE ZORZI beschriebenen, und von EVANS und BANDEMER verbesserten, Zandell-Technik den As-Gehalt: 1. im Menstrualblut von 21 Mädchen und Frauen im Alter von 13—45 Jahren; 2. im zirkulierenden Blut der gleichen Versuchspersonen; 3. im Abortivblut von zwölf 23—37jährigen Frauen; 4. im Entbindungsblood und im Wochenbettfluß von 15 18—39jährigen Frauen. Die Ergebnisse waren folgende: 1. Der As-Gehalt im Menstrualblut schwankt zwischen 38 und 60  $\mu$ /g Trockensubstanz und ist am Anfang der Menstruation höher. 2. Der As-Blutspiegel liegt bei den gleichen Versuchspersonen unter 0,5  $\mu$ /g Trockensubstanz. 3. Im Abortivblut ist kein As vorhanden. 4. Nur in einem Fall der letzten Gruppe konnten 4  $\mu$ /g Trockensubstanz festgestellt werden. — Da der normale As-Spiegel unter 10  $\mu$ /100 g Frischblut liegt, kommt Verf. zur Schlußfolgerung, daß der positive As-Nachweis in Verbindung mit anderen, gerichtsmmedizinischen Methodiken zur Diagnose von Menstrualblut herangezogen werden kann. G. GROSSER (Padua)

**Jiří Mráz:** Nachweis von Kindspech nach einigen mikromorphologischen Methoden. [Institut für gerichtliche Medizin, Königgrätz.] Soudní lék. 6, 81—84 mit dtsh., franz. u. engl. Zus.fass. (1961) [Tschechisch].

Zum Meconiumnachweis werden mikromorphologische Methoden vorgeschlagen. Im Phasenkontrast und im polarisiertem Licht wird die Meconiumdiagnostik erheblich vereinfacht, die Darstellung der Meconiumelemente erfolgt viel deutlicher und eindrucksvoller. Der Cholesterol-