

betrachte, d. h. „sie von innen her“ angehe. Abschließend geht der Verf. noch auf die sog. Leerlaufreaktionen und Übersprungshandlungen bei der jugendlichen Delinquenz ein.

GÜNTHER BRÜCKNER (Heidelberg)

Kokichi Higuchi and Saburo Tsuchimochi: Follow-up study on the young offenders discharged from the advanced reform and training school. (Studie über den weiteren Lebensgang junger Straffälliger nach der Entlassung aus der Erziehungsanstalt.) [Inst. of Brain Res., School of Med., Tokyo Univ., Tokyo.] Acta Crim. Med. leg. jap. 27, 145—151 mit engl. Zus.fass. (1961) (Japanisch].

182 männliche straffällige Jugendliche, ein Drittel des Bestandes, wurden 1956 von einem Psychiater und einem Psychologen gemeinsam untersucht; ihr weiterer Lebensgang nach der Entlassung aus der Erziehungsanstalt wurde verfolgt, und zwar im Durchschnitt 50 Monate. Die Hälfte von ihnen war auf Parole und unter Schutzaufsicht, die andere Hälfte nach Ablauf der festgesetzten Erziehungs- und Verwahrungszeit entlassen worden; die Rückfallquote betrug bei den Ersteren 75,3%, bei der zweiten Gruppe 61,8%. Fast alle Rückfälligen kamen nunmehr ins Gefängnis, 51 sogar öfter als einmal, der am häufigsten Rückfällige brachte es auf 14 Bestrafungen. 82,4% der Rückfälle ereigneten sich im ersten Jahr nach der Entlassung, wobei der Schwerpunkt um ein Geringes über 6 Monate nach diesem Zeitpunkt lag. Art und Faktoren des Rückfalls und die Lebensumstände der Nichtrückfälligen werden (jedoch nur im japanischen Text) näher dargestellt.

K. HÄNDEL (Karlsruhe)

John C. Gall jr.: The case against narcointerrogation. (Ausführungen gegen Narcoanalyse.) [George F. Geisinger Memor. Hosp. and Foss Clin., Danville, Pa.] J. forens. Sci. 7, 29—55 (1962).

Monographische Darstellung der Narcoanalyse. Auf die ethische, moralische und gesetzmäßige Verwerflichkeit derselben wird hingewiesen. Ärzte sollten sich weigern ihr Wissen und Können außerhalb einer direkten medizinischen Indikation in den Dienst des Staates zu stellen zum Schaden einzelner Patienten.

E. STICHTOTH (Münster i. Westf.)

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

10 Jahre Bundesgerichtshof. Rechtsprechung zum Arztrecht in Strafsachen. Dtsch. med. Wschr. 87, 1157—1158 u. 1161—1163 (1962).

Der Verf., Bundesanwalt Dr. KOHLHAAS, bringt anlässlich des 10jährigen Bestehens des BGH einen zusammenfassenden Überblick, was während dieser 10 Jahre für den Arzt und sein Hilfspersonal in der Rechtsprechung an Altem bestätigt und an Neuem entschieden worden ist. Im einzelnen wird dargestellt: 1. *Abtreibung — Sterilisierung.* a) Im Urteil vom 5. 10. 51 2 StR 163/51 (BGHSt. 1, 329) hat der BGH erstmals die Auffassung vertreten, daß dort wo § 14 des ErbGesGes. noch gilt, die Zulässigkeit der Unterbrechung nur nach diesem Gesetz zu beurteilen ist. Dies gilt sinngemäß auch für die Regelung der Unfruchtbarmachung. b) Im Urteil vom 15. 1. 52 1 StR, 552/51 (BGHSt. 2, 111) wird festgestellt, daß auch in den Ländern in den § 14 ErbGesGes. aufgehoben wurde, die Bestimmung des § 14 ErbGesGes. die Mindestvoraussetzungen auch für die unter dem Gesichtspunkt des übergesetzlichen Notstandes zu beurteilenden Fälle sind. Somit gilt einheitlich in allen Bundesländern, daß der Arzt nur nach den Regeln der ärztlichen Kunst und zur Rettung der Mutter bei einer ersten Gefahr für Leib und Leben handeln darf. c) Im Urteil vom 29. 5. 59 2 StR, 124/59 (NJW, 59, 2057) wird festgestellt, daß die Regeln der ärztlichen Kunst nur dort gewahrt sind, wo der Eingriff und die Nachbehandlung in einer Krankenanstalt erfolgen. d) Im Urteil vom 25. 3. 52 1 StR 127/51 (BGHSt 2, 242) wird festgestellt, daß Hilfspersonen einen gerechtfertigten Eingriff auch in dringenden Fällen nicht ausführen dürfen. e) Im Urteil vom 7. 2. 52 StR 17/52 (BGHSt. 2, 382) kommt eindeutig zum Ausdruck, daß ausschließlich die medizinische Indikation anerkannt wird. 2. *Operationsrecht.* Der BGH hat in Fortsetzung der Rechtsprechung des RG konsequent daran festgehalten, daß der ärztliche Eingriff tatbestandsmäßig auch wo er heilen will, Körperverletzung ist, die nur durch die Einwilligung oder dringende Notstandslage gerechtfertigt ist. 3. *Aufklärungspflicht.* Im Strafrecht ist die Nichtaufklärung nur dann relevant, wenn ein Mißerfolg eingetreten ist, der bei Aufklärung nach Überzeugung des Gerichtes vermieden worden wäre. 4. *Schweigepflicht.* Hier hat der BGH festgestellt, daß die Entbindung von der Schweigepflicht nach § 53 StPO dem Arzt

zwar nicht mehr die Berufung auf seine Schweigepflicht ermöglicht, daß aber umgekehrt, die bloße Nichtentbindung durch den Patienten dem Arzt nicht das Recht raubt, selbst darüber zu entscheiden, ob er aussagen will oder nicht. 5. *Abgrenzung der Tätigkeiten*. Im Urteil vom 1. 7. 54 3 StR, 869/53 (BGHSt. 6, 283) hat der BGH bei der Beurteilung der Problematik der Arbeitsteilung den Gedanken der Überprüfungspflicht für den Arzt aufrechterhalten. Daß der BGH die Arbeitsteilung nicht ihres eigenverantwortlichen Charakters entkleiden will, zeigt das Urteil vom 10. 6. 55 1 StR 632/54. 6. *Unterlassene Hilfeleistung*. In der Frage der Hilfeleistungspflicht bei Unglücksfällen hat der BGH erstmals den Standpunkt eingenommen, daß der Selbstmordversuch ein Unglücksfall sei. 7. *Aussetzung*. Der BGH hat die Ausweisung einer schwerkranken Person aus einem Krankenhaus als Aussetzung angesehen (BGHSt. 4, 113). 8. *Behandlungspflicht*. Der Behandlungspflicht kommt dann eine besondere Bedeutung zu, wenn der Arzt einen Bereitschaftsdienst übernommen hat. Vor Ferndiagnosen muß gewarnt werden (BGHSt. 7, 212). Trotz Einteilung von Bereitschaftsärzten kann für jeden anderen Arzt eine Pflicht zum Tätigwerden entstehen, wenn ihm mitgeteilt wird, daß der Bereitschaftsarzt nicht erreichbar ist. 9. *Blutgruppen*. Der BGH hat auch im Strafrecht dem AB0- und MN-System absoluten Beweiswert zuerkannt, wogegen er den anderen Systemen Wahrscheinlichkeitswert zukommen läßt, die strafrechtlich aber nicht unwiderlegbar sind. SPANN (München)

J. Frick und H. Marberger: Tödliche Magen-Darmblutung als Komplikation bei urologischen Patienten. [Chir. Univ.-Klin., Innsbruck.] Wien. klin. Wschr. 74 251—254 (1962).

Von 3236 stationären Patienten der letzten 4 Jahre mit 1576 größeren chirurgischen Eingriffen am Urogenitaltrakt starben 90 Kranke, 48 nach einer Operation, 42 ohne daß eine Operation durchgeführt worden war. 6 Patienten starben an Lungenembolie, bei 6 anderen Patienten erfolgte der Tod durch Verblutung aus einem Geschwür des Magens oder Duodenums. Ein weiterer Fall mit tödlicher Magenblutung wurde dabei nicht berücksichtigt, weil eine Obduktion nicht durchgeführt wurde. Bei Erbrechen am ersten postoperativen Tag nach transurethralen Resektionen war das Erbrochene in 50% der Fälle blutig (die Fälle mit Intubationsnarkose nicht eingerechnet). Die Krankengeschichten der 6 tödlichen Magenblutungen werden auszugsweise wiedergegeben. Auf die besondere Gefahr der komplizierenden Magen-Darmblutung bei urologischen Kranken wird dabei hingewiesen. Als Stressor ist in erster Linie die psychische Alteration durch Krankheit und Behandlung anzunehmen. Aus der Statistik ergibt sich die Folgerung, alte Patienten, die den Hauptteil des urologischen Krankengutes ausmachen, besonders psychotherapeutisch zu betreuen, die Behandlung für den Kranken so angenehm wie möglich zu gestalten und psychische Erregungszustände durch Tranquilizer zu bekämpfen. J. ERBSLÖH (Bad Oldesloe)^{oo}

H. Roemer: Die Aufklärungspflicht des Arztes. [Univ.-Frauenklin., Tübingen.] Med. Welt 1962, 1601—1605.

Es handelt sich um klare Ausführungen, die auf die Bedürfnisse des Praktikers bzw. des Gynäkologen und des Chirurgen abgestellt sind. In der gegenwärtigen Zeit glauben die Menschen vielfach, ein Anrecht auf Gesundheit zu haben; sie werden böse, wenn der Arzt sie nicht gesund machen kann und neigen dann dazu, Haftpflichtansprüche geltend zu machen. Aber auch im Arztberuf macht sich nach Meinung von Verf. eine merkantile Auffassung geltend. Die Definitionen des BGH, die von Verf. zitiert werden, sind leider nicht allzu eindeutig; abgestellt wird vielfach auf die Häufigkeit der Mißerfolge; man muß den Patienten über einen etwaigen Mißerfolg aufklären, wenn die Wahrscheinlichkeit des Eintretens nach der Auffassung der einen 5%, nach der Auffassung der anderen 7% beträgt. Im einzelnen führt Verf. an, daß es genügt, der Patientin bei einer einfachen Ovariectomie mitzuteilen, daß das Risiko nicht größer ist als bei einer Blinddarmoperation. Auf die Möglichkeit einer Embolie braucht nicht besonders hingewiesen zu werden. Wenn eine Patientin sichtlich vor lauter Krebsangst die Aufklärung nicht wünscht, sondern Trost und Zuspruch verlangt, kann sie unterbleiben. Wird die Patientin bewußtlos eingeliefert und liegt ein akuter Notstand vor, so darf operiert werden. Handelt es sich um Jugendliche höheren Alters, so kann man, wenn Differenzen zur Meinung der Eltern bestehen, die Zustimmung des Patienten selbst als maßgeblich ansehen (entsprechende Urteile liegen vor, Ref.). Handelt es sich um Kinder, so müßte man, wenn Zeit vorhanden ist, unter Umständen das Jugendamt bzw. das Vormundschaftsgericht einschalten. Der Arzt deckt sich zweckmäßig so, daß er den Patienten einen Revers über die Aufklärung unterschreiben läßt; es genügt aber auch ein Eintrag in die Krankengeschichte; dadurch würde sich bei zivilrechtlichen Verwicklungen die Beweislast umkehren. Der Arzt wird mit Recht davor gewarnt, allzu schnell

aus einer gewissen Bestürzung oder innerlichen Ehrlichkeit heraus eine Unterlassung zuzugeben. Derartiges ist späterhin oft nicht zu korrigieren. Die Revisionsinstanz überprüft nur die Urteilsbegründung, aber nicht die tatsächlichen Feststellungen der Vorinstanz.

B. MUELLER (Heidelberg)

U. Venzlaff: Schadensdichte und Aufklärungspflicht bei der mitigierten Elektroschockbehandlung. [Univ.-Klin. f. psych. u. Nervenkrankh., Göttingen.] Med. Klin. 57, 176—179 (1962).

An Hand eigener Erfahrungen und Mitteilungen des Schrifttums über etwa 46000 mitigierte Elektroschockbehandlungen berechnet Verf. eine Mortalitätsquote von 0,015% und — bei Berücksichtigung aller beachtlichen, aber therapeutisch beherrschbaren Komplikationen — eine Schadensdichte von 0,035%. Danach könne nicht mehr von einer juristisch „belangvollen“, d. h. zur Aufklärung verpflichtenden, geschweige von einer „typischen“ Behandlungsgefahr gesprochen werden. Nach einem Urteil des OLG Köln vom 5. 4. 55 besteht keine Verpflichtung, den Kranken auf so entfernt liegende Möglichkeiten hinzuweisen, da eine Überspannung der an einen Arzt billigerweise zu stellenden Sorgfaltspflicht im Interesse des Kranken nicht gefordert werden könne. — Verf. mahnt, angesichts der Gefahrlosigkeit eine lege artis durchgeführten mitigierten ES-Behandlung diese wertvolle therapeutische Methode hinter der in manchen Fällen oft bedenklicheren und wenig wirksamen neuro- und thymoleptischen Chemotherapie nicht in Vergessenheit geraten zu lassen. Behandlungsgrundsätze müssen jedoch sein: 1. Nüchternheit des Patienten, 2. einwandfreies und gut dosierbares Muskelrelaxans, 3. leistungsfähige apparative Ausstattung zur längeren Überdruckbeatmung mit Instrumentarium zum Freihalten der oberen Luftwege und die Möglichkeit wirksamer Kreislaufbehandlung, 4. Durchführung der Behandlung mit einem gut geschulten Arbeitsteam.

HADDENBROCK (Emmendingen)^{oo}

H. Kraske: Zur Frage der Zulässigkeit der Gemeinschaftspraxis. Dtsch. med. Welt 87, 1256—1258 (1962).

Verf. tritt für die Zulassung der ärztlichen Gemeinschaftspraxis ein und begründet seine Auffassung.

SPANN (München)

W. Gelhaar: Beim aufgespaltenen Krankenhaus-Arztvertrag gehört der sog. „nachgeordnete ärztliche Dienst“ regelmäßig zu den Gesamtleistungen des Krankenhausträgers. Dtsch. med. Wschr. 87, 1545—1547 (1962).

Es handelt sich um eine Darstellung des Inhaltes des Grundsatzurteils des BGH vom 8. 5. 62, Az VI ZR 270/61: Wenn ein Belegarzt für seine ärztliche Tätigkeit im Belegkrankenhaus Assistenten mitbringt, so ist ihre Vergütung seine Angelegenheit. Hat aber ein Krankenhaus als sog. nachgeordneten ärztlichen Dienst für die Belegärzte eigene Assistenzärzte angestellt, so trägt die Kosten für die Assistenzärzte das Krankenhaus und nicht der Belegarzt.

B. MUELLER (Heidelberg)

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

Shoichi Yada: Blood grouping of a specimen claimed to be the dried blood of a yeti. (Blutgruppenbestimmung an einer Spur — angeblich Blut eines Yeti.) [Dept. of Leg. Med., Fac. of Med., Univ. of Tokyo, Tokyo.] Acta Crim. Med. leg. jap. 27, 174—178 mit engl. Zus.fass. (1961) [Japanisch].

Die Spur sei mindestens 300 Jahre alt und stamme von einem sagenhaften Schneemenschen, erzählten Eingeborene den Angehörigen einer japanischen Himalaya-Expedition. Sie gab eine schwache Benzidinreaktion, keine mit Leukomalachitgrün und keine auf Hämochromogen. Sie wurde mit Anti-Mensch-Seren nicht präzipitiert und absorbierte Anti-B-Serum um zwei Stufen stärker als Anti-A- und Anti-H-Serum. Die Spur wird für Blut mit dem Antigen B gehalten, da diese Antigene nach den Untersuchungen ägyptischer peruvianischer Mumien besonders stabil sein können.

H. W. SACHS (Münster i. Westfalen)

Milton Helpers and Alexander S. Wiener: Grouping of Semen in Cases of Rape. (Gruppenbestimmung des Spermas bei Sexualverbrechen.) [Dept. of Forensic Med.,