

zur legalen Aggressionsabfuhr, was um so schwerer wiege, als viele Häftlinge gerade wegen sozial verpönter Gewalthandlungen verurteilt worden seien. Der psychische Wirkfaktor der Haftzeit wird mit der sensorischen Isolation verglichen, die experimentell auch bei normalen Versuchspersonen Psychosen hervorrufen kann. Auf Grund der psychiatrischen Vorgeschichte wurden die Häftlinge, die im staatlichen Visconsin-Hospital Aufnahme fanden, in negative und positive Fälle eingeteilt. Letztere wiesen frühere Anstaltsaufenthalte bzw. floride psychotische Zustände ohne klinische Behandlung und psychopathologische Erscheinungen wie Illusionen, Halluzinationen und Wahnvorstellungen auf. Psychoneurotische Entwicklungen wurden nicht berücksichtigt. Von 55 untersuchten Gefangenen zeigten 37 = 67% die vorgenannten positiven Kriterien. Der psychische „breakdown“ in der Haft wird als ein Umstand betrachtet, welcher mit der geistigen Erkrankung in der Vergangenheit zusammenhängen könnte. Die Überprüfung von Lebensalter, Familiensituation, beruflicher Tätigkeit und Verbrechenstypologie ergab dagegen keine signifikanten Zusammenhänge. Die psychotische Symptomatologie im Gefängnis unterschied sich im übrigen von der in der Außenwelt nicht, so traten auch hier Ganser-Syndrome oder Gefängnispsychosen nur ganz selten in Erscheinung. Suicidversuche, selbstmordähnliche Handlungen oder Selbstverstümmelungen waren dagegen häufiger. Die Ursachen hierfür werden von den Autoren in Selbstwertkrisen oder in einem Gefühl des Verlustes der Identität der Gefängnisinsassen gesehen. Bei einer akuten Psychose wird Krankenhausbehandlung angeraten, nach Möglichkeit jedoch empfohlen, die geisteskranken Häftlinge in ihrem Gefängnisumfeld zu belassen, da in der Rückführung aus der psychiatrischen Klinik in die Haftsituation sich die erneute Anpassungsleistung und Frustrationsverarbeitung als Belastung auswirken würde. Neben der medikamentösen Behandlung konnten die Autoren gewisse Erfolge durch Gruppenpsychotherapie beobachten.

CABANIS (Berlin)

Th. C. Gössweiner-Saiko: Die kriminalistische Bedeutung der aktienrechtlichen Pflichtprüfung. Eine Übersicht für die Praxis des Wirtschaftsstrafrechts. Arch. Kriminol. 136, 165—177 (1965).

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

● **Arthur Kreuzer: Ärztliche Hilfeleistungspflicht bei Unglücksfällen im Rahmen des § 330c StGB.** Hamburg: Ludwig Appel 1965. 136 S. DM 14.80.

Es handelt sich um die juristische Dissertation des Verf., die Arbeit wurde von der Juristischen Fakultät in Hamburg angenommen. Verf. ist es gelungen, sich gut in medizinische Verhältnisse hineinzudenken. Die in Betracht kommenden Entscheidungen und das Schrifttum sind exakt zitiert, die Arbeit ist klar gegliedert. Im Großen und Ganzen sind die Anforderungen der gerichtlichen Entscheidungen an den Arzt recht erhebliche. Von Einzelheiten sei erwähnt, daß zwar eine Pneumonie mit plötzlicher Verschlimmerung und eine Angina mit plötzlich auftretender Atemnot nicht als Unglücksfall im Sinne des Gesetzes deklariert wurde, wohl aber eine plötzliche Störung bei einer Entbindung. Auch beim Selbstmord muß Hilfe geleistet werden; niemand hat das Recht auf sein Leben zu verzichten. Der Aufnahmearzt des Krankenhauses wird auch dann untersuchen müssen, wenn kein Platz vorhanden ist und wenn der Kranke oder Verletzte einem anderen Krankenhaus zugeführt werden muß. Wer Fälle von unterlassener Hilfeleistung zu begutachten hat, wird gerne und mit Nutzen von dem Inhalt dieser Schrift, einschließlich der kasuistischen Beispiele, Kenntnis nehmen.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Jarosch-Müller-Piegler: Das Schmerzensgeld in medizinischer und juristischer Sicht. Nachtrag zur 2. Aufl.** Wien: Manzsche Verlags- u. Universitätsbuchhandl. 1965. 51 S. DM 4.40.

Der Nachtrag zur 2. Auflage enthält eine Übersicht der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes der Jahre 1962—1964. Ein neues Sachverzeichnis zu den Entscheidungen 1945 bis 1964 schließt das Heftchen ab. Durch dieses nach jeweiligen Diagnosen geordnete Sachregister ist eine rasche Orientierung möglich. Der Nachtrag bringt somit eine wertvolle Ergänzung.

MARESC (Graz)

● **R. Dierkens: Les droits sur le corps et le cadavre de l'homme. Préface de Jean Rostand.** (Die Rechte über den Körper und den Leichnam des Menschen.) Paris: Masson & Cie. 1966. 234 S.

Verf. hat längere Zeit am Laboratorium für gerichtliche Medizin der Universität Gent gearbeitet, das unter der Leitung von THOMAS steht, er ist jetzt im Rahmen der juristischen Fakultät der Universität Gent tätig; der Dekan der Fakultät hat ein Vorwort geschrieben. Es handelt sich bei dieser Monographie um einen Überblick über einen Teil der ärztlichen Rechtskunde nach belgischem Recht. Oft wird das französische Recht erwähnt, hier und da auch das der Bundesrepublik. Es seien folgende Einzelheiten wiedergegeben: Bezüglich des *Arztvertrages* bestehen ungefähr die gleichen Verhältnisse wie bei uns. Ist der Eingriff dringlich und der Patient bewußtlos, so darf der Arzt handeln, ebenso im Falle eines Selbstmordversuches. Jeder Eingriff muß ärztlich indiziert sein. *Einwilligung* ist erforderlich; bei der Aufklärung brauchen fernliegende Gefahren nicht erwähnt werden, wenn sie den Kranken ängstlich machen würden. Bezüglich der künstlichen *Insemination* bestehen ungefähr die gleichen Auffassungen wie bei uns. Ein Arzt, der eine künstliche Befruchtung ohne Einwilligung vornimmt, kann nach geltendem belgischem Recht nicht bestraft werden, es besteht hier eine Lücke. Die *Narkoanalyse* ist moralisch zu verwerfen, sie darf im Strafprozeß nicht angewandt werden. Eine *Einäscherung* muß der Verstorbene verfügt haben, sie ist nur zulässig, wenn der behandelnde Arzt und der Amtsarzt einen nichtnatürlichen Tod ausschließen können. Ist diesen Ärzten dies nicht möglich, so kann der Amtsarzt die Staatsanwaltschaft um Anordnung einer Leichenöffnung bitten. Bezüglich der *klinischen Leichenöffnungen* liegen die Verhältnisse so, daß sie nicht stattfinden dürfen, wenn die Angehörigen sie verweigern. Wünscht eine Unfall- oder Lebensversicherung die Leichenöffnung, so laufen die Angehörigen Gefahr, daß ihnen die Versicherungssumme verlorengelht, wenn sie nicht einwilligen. Ob eine Leichenöffnung, die gegen den ausdrücklichen Willen der Angehörigen ausgeführt wird, strafbar ist, hat der Gesetzgeber offen gelassen. Auch die Entnahme von Organen bei der Leichenöffnung darf nur mit Zustimmung der Angehörigen erfolgen. Zerlegung der Leiche in der *Anatomie* ist nur erlaubt auf Grund einer testamentarischen Verfügung des Verstorbenen. Leichen von Unbekannten oder von Personen, die keine Angehörigen haben (*Cadavres quites*) dürfen — wie in anderen Ländern auch — in die Anatomie gebracht werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Edmund Chróscielewski und Tadeusz Marcinkowski: Letale Komplikationen nach Anwendung der Antibiotika.** 2., erg. Aufl. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lek. 1966. 39 S. [Polnisch].

Die von den Autoren 1964 unter dem gleichen Titel veröffentlichte Arbeit (Ref. Dtsch. Z. gerichtl. Med. 56, 405) liegt nun ergänzt und erweitert in zweiter Auflage vor. Zu den schon früher dargestellten Beobachtungen von Todesfällen nach Anwendung verschiedener Antibiotika, die übrigens auch in deutscher Sprache publiziert wurden [Z. ärztl. Fortbild. 14, 825—826 (1964)], wird nun ein elfter Fall ausführlich besprochen. Er betrifft einen anaphylaktischen Schock mit tödlichem Ausgang nach Anwendung einer Mischspritze von Penicillin-Streptomycin, der Polocain als Anaestheticum zugefügt wurde. Ob dieses oder das Penicillin den anaphylaktischen Schock bewirkte, ließ sich nicht feststellen. An die Kasuistik schließt sich eine Darstellung der gerichtsmedizinisch wichtigen Probleme bei der Behandlung mit Antibioticis an, sowie eine Erörterung der Maßnahmen zur Verhütung unerwünschter Nebenwirkungen, die nicht wesentlich über die Ausführungen der ersten Auflage dieser Arbeit hinausgehen. Ausführliche Literaturangaben, allerdings vorwiegend das slawische Schrifttum betreffend.

BOLTZ (Wien)

HeilpraktikerG v. 17.21939 (RGBl. I 251) § 1 Abs. 2 (Erlaubnispflicht für operative Eingriffe zu kosmetischen Zwecken). § 1 Abs. 2 des Heilpraktikergesetzes kann auch dann auf kosmetische Eingriffe angewendet werden, wenn die Behandlung selbst zwar keine medizinischen Kenntnisse voraussetzt, jedoch die Frage, ob sie im einzelnen Fall begonnen werden darf, ärztliches diagnostisches Fachwissen erfordert, um einer Gesundheitsgefährdung durch den Eingriff vorzubeugen (Entfernung von Leberflecken und Warzen im sog. Kaltkauterverfahren; Fortentwicklung der Rechtsprechung des Senats in seinem Urt. v. 14. 10. 1958 — BVerwG I C 25/56 = NJW 59, 833). [BVerwG, Urt. v. 28. 9. 1965 — I C 105/63 (Hamburg).] Neue jur. Wschr. 19, 418—419 (1966).

M. Kohlhaas: Über die elterliche Einverständnis-Erklärung bei der Behandlung Minderjähriger. Münch. med. Wschr. 108, 225—228 (1966).

Verf. präzisiert seine Ausführungen dahin, daß dringende Eingriffe in jeder Altersklasse von Patienten, die eine Rückfrage nicht zulassen, ohne Einwilligung der Eltern vorgenommen werden können. Besteht Zeit zur Rückfrage, so genügt ein Elternteil. Sind die Eltern nicht zu erreichen, so genügt bei jugendlichen Patienten von hinreichenden geistigen Fähigkeiten im Alter zwischen 15 und 18 Jahren auch die Einwilligung des Kranken selbst, und zwar auch dann, wenn der vorzunehmende Eingriff nicht sonderlich dringlich ist; er muß aber verhältnismäßig ungefährlich sein.

B. MUELLER (Heidelberg)

B. Karitzky: Sind gesetzliche Aufklärungspflicht und ärztliche Ethik miteinander vereinbar? [Rot.-Kreuz-Krankenh., Bremen.] Hippokrates (Stuttg.) 36, 880—884 (1965).

Die Betrachtung enthält viele Gedanken und Beispiele zu diesem schwierigen Fragenkomplex aus dem Grenzgebiet zwischen Medizin und Recht. — Bekanntlich erstreckt sich die Aufklärungspflicht gegenüber dem Patienten auf Mitteilung der Diagnose und Prognose, Erklärung notwendiger Heilmaßnahmen und Aufklärung über mögliche Gefahren der Therapie vor Beginn der Behandlung. Zu bedenken ist aber, daß kranke Menschen darauf anders reagieren als gesunde Laien sich das vorstellen. Die Patienten sind nicht nur körperlich leidend, sondern seelisch labil, reizbar und empfindlich. Gewöhnlich will sich der Patient nicht in allen Einzelheiten aufklären, sondern helfen lassen; das gilt auch für kranke Ärzte. — Verf. entwirft dann ein Leitbild vom Wesen der Krankheit. Anhand einer schematischen Zeichnung werden die vielschichtigen und eng verflochtenen Faktoren dargestellt, die Einfluß auf die psychische Leistungskurve des Menschen haben. Daraus wird abgeleitet, daß eine heroische Aufklärung auf lange Sicht schädlicher ist als eine heroische Therapie. „Nicht wenige Ärzte sehen in der Forderung nach voller Aufklärung auch der Schwerkranken geradezu eine Nötigung zum ärztlichen Kunstfehler.“ Für den kranken Menschen kommt es auf das gleiche hinaus, ob er körperlich falsch behandelt wird und daran zugrunde geht, oder ob er nach brutaler Aufklärung in Hoffnungslosigkeit versinkt und damit den Gesundheitswillen verliert. — Ein breiter Raum der Betrachtungen wird auch dem Aufklärungsproblem krebskranker Menschen gewidmet. Auf keinen Fall dürfe die Aufklärung dazu mißbraucht werden auf renitente Patienten einen Druck auszuüben und sie damit gefügig zu machen. Dagegen braucht einem Patienten mit Hautkrebs, der rechtzeitig kommt, nichts verschwiegen zu werden; er kann fast sicher mit Heilung rechnen. Weitere Ausführungen befassen sich im einzelnen noch mit den Mitteilungen zur Prognose und mit der Aufklärung über mögliche Gefahren der Therapie. Grundsätzlich sind die Mitteilungen so vorsichtig zu bemessen, daß die Heilung der Patienten nicht beeinträchtigt wird. Eine Aufklärung, die darauf nicht Rücksicht nimmt, stelle einen Verstoß gegen die ärztliche Ethik dar.

W. JANSSEN (Heidelberg)

Herbert Kleinewefers und Walter Wilts: Der Arzt als Zeuge vor Gericht und die ärztliche Schweigepflicht. Hippokrates (Stuttg.) 36, 843—847 (1965).

Verff. (K. ist Oberlandesgerichtspräsident in Koblenz und W. Amtsgerichtsrat am gleichen OLG) geben in klarer und auch für den Mediziner verständlicher Sprache eine Darstellung des Problems. Neues bringt die Darstellung nicht. Über eine etwaige Aussagepflicht bei übergesetzlichem Notstand entscheidet nach Meinung der Verff. der Arzt allein; er darf in seiner Entscheidung nicht beeinflußt werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

W. Schramm: Schmerzengeld. Med. Sachverständige 62, 5—7 (1966).

F. J. Holzer: Gerichtlich-medizinisches Referat. [Inst. f. Gerichtl. Med., Univ., Innsbruck.] [6. Tag., Österr. Ges. f. Chir. u. Traumatol., Innsbruck, 11.—13. IX. 1964.] Klin. Med. (Wien) 20, 175—189 (1965).

Nach Erörterung der einschlägigen straf- und zivilrechtlichen Bestimmungen geht der Autor vorerst auf den Begriff des Verschuldens in Hinblick auf Fälle in der ärztlichen Behandlung ein. Hierzu wird im allgemeinen die *Vorhersehbarkeit des Schadens* durch einen ordentlichen Arzt als Bedingung des Verschuldens angesehen. Da häufig ein ganzes Team von Ärzten an einer Operation beteiligt ist, muß das für die Schädigung ursächliche Verhalten jedes einzelnen bewiesen werden, wobei hier auch auf die bedeutungsvolle Trennung der Verantwortung, etwa zwischen Operateur und Anaesthetist, hingewiesen wird. So übernimmt heutzutage der Fachanaesthetist eine besondere Verantwortung bei Narkosezwischenfällen, Wiederbelebung und bei

Verfahren der Unterkühlung. Die gefürchtete Komplikation des Erbrechens und Erstickens im Brechakt bei Narkose wird anhand mehrerer Beispiele erörtert und abschließend hervorgehoben, daß strafrechtliche Verurteilungen in Österreich wegen Verschuldens am Narkosetod selten sind. Zwei weitere Fälle betreffen Todesfälle durch Verwechslung des Mittels zur Lokalanästhesie. Weitere Erörterungen betreffen die zeitliche Abgrenzung des Begriffes Exitus in tabula und die Frage, ob in der Vornahme einer Operation im Sprechzimmer schon an sich eine Fahrlässigkeit läge. Schließlich wendet sich der Autor noch der Frage der Zulässigkeit schwerer, gewagter und neuer Operationsmethoden zu und bejaht deren Durchführung zwar nicht generell, jedoch zweifelsfrei für Kliniken, da ja nur auf Kosten des Risikos auch eines Mißerfolges die bahnbrechenden Fortschritte der Chirurgie ermöglicht wurden. Auf Grund seiner reichen gerichtsmedizinischen Erfahrung kommt der Autor zu der Feststellung, daß in Österreich nur in einer geringen Zahl der Todesfälle auf dem Operationstisch eine gerichtliche Untersuchung verlangt wird und daß wiederum unter diesen vom Gericht erfaßten Fällen nur in einer verhältnismäßig geringen Zahl die Anklage erhoben wird.

MARESCH (Graz)

Horst Günther: Schmerzensgeld. Beeinträchtigung des Bemessungsganges durch Unzulänglichkeiten auf ärztlicher und juristischer Seite. Med. Sachverständige 62, 1—5 (1966).

Th. Lenckner: Strafrecht und ärztliche Hilfeleistungspflicht. [Inst. f. Kriminalwiss., Univ., Münster.] Med. Klin. 61, 274—278 u. 313—315 (1966).

Tiefschürfende gründliche Ausführungen mit exakten Literaturzitatzen, die den ärztlichen Leser manchmal als etwas zu dogmatisch anmuten. Die Hilfeleistungspflicht geht recht weit; Verf. bringt auch entsprechende Beispiele: wer an einem Unfallort vorbeifährt und aus den ganzen Umständen wahrnimmt, daß jemand verletzt ist, jedoch nicht versorgt wurde, muß anhalten und sehen, ob er helfen kann, selbst wenn er nicht speziell ausgerüstet ist. Andererseits braucht die Hilfe nicht bis zur endgültigen Versorgung geleistet zu werden; erfährt der Arzt, daß Hilfe herbeigerufen wurde, daß sie nach menschlichem Ermessen auch bald eintreffen wird und läßt sich im Augenblick nichts für den Verletzten tun, so kann der Arzt weiterfahren. Hilfeleistungspflicht besteht auch, wenn einem Gast oder dem Mitbewohner eines Hauses etwas zustößt oder wenn ein Verletzter in die Wohnung eines Arztes gebracht wird, der gar keine Praxis unterhält.

B. MUELLER (Heidelberg)

Walther Weissauer: Zur Neuordnung des ärztlichen und zahnärztlichen Gebührenrechts. Neue jur. Wschr. 19, 382—386 (1966).

Im Gegensatz zu WICHMANN (N. Wschr. 1965, 1064) setzt sich Verf., der von Beruf Ministerialrat in München ist, dafür ein, daß der Arzt bei seinen Liquidationen in der Privatpraxis durchaus berechtigt ist, die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Patienten nach oben oder nach unten zu berücksichtigen; er ist nicht gezwungen bei allen Privatpatienten die gleichen Sätze zu berechnen.

B. MUELLER (Heidelberg)

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

● **Ernst Wigger: Kriminaltechnischer Leitfaden.** (Schriftenreihe d. Bundeskriminalamtes. 61⁰⁰—69⁰⁰.) Wiesbaden: Bundeskriminalamt 1965. 510 S. u. 248 Abb.

Die Schriftenreihe zeigt dem Polizei- und Kriminalbeamten, was bei Untersuchungen auf dem Gebiete der naturwissenschaftlichen Kriminalistik und auch bei der Untersuchung von Spuren medizinischen Charakters herauskommen kann und wie die Asservate behandelt werden müssen. Auch wird geschildert, wie Handschriftproben vorzunehmen sind. Es ist angeführt, daß in Blutspuren im allgemeinen nur die klassischen Blutgruppen, in besonders günstig gelagerten Fällen nur die Faktoren M und N nachgewiesen werden können. Auf die Serumeigenschaften wird noch nicht eingegangen. Die Literatur wird stets exakt zitiert. Beigefügt sind anschauliche Abbildungen. Auf die zentralen Sammlungen im Bundeskriminalamt wird hingewiesen. Nachlesen in diesem gut gelungenen Leitfaden wird nicht nur dem Kriminalbeamten, sondern auch dem Gerichtsmediziner und demjenigen Nutzen bringen, der sich mit der naturwissenschaftlichen Kriminalistik beschäftigt.

B. MUELLER (Heidelberg)