

peutische und psychotherapeutische Behandlung und ihre Dauer bei Straffälligen.) [Soc. Méd. Lég. Criminol. de Fr., 13. VI. 1966.] Ann. Méd. lég. 46, 354—355 (1966).

Verff. sind der Auffassung, daß eine alleinige medikamentöse Behandlung mit psychotropen Medikamenten nicht ausreicht, um eine bessere Sozialisierungstendenz zu erreichen, da die dem asozialen Verhalten zugrundeliegenden Störungen allzu differenziert seien. Die medikamentöse Behandlung kann in dem Fall nur Grundlage eines psychotherapeutischen Vorgehens sein. Über Dosis und Dauer der medikamentösen Behandlung sowie psychotherapeutischer Maßnahmen ist immer nach Lage des Falles zu entscheiden. Die Verff. äußern sich optimistisch in Bezug auf die Behandlung von Rückfalltätern. STAAK

**Jessica Wolf: Legal Psychiatria and Criminal Justice: The Court Clinic in Massachusetts.** (Gerichtliche Psychiatrie und Strafrechtspflege: Die Gerichtsklinik in Massachusetts.) [Dept. of Political Sci., Yale Univ., New Haven, Conn.] J. forensic Sci. 12, 147—171 (1967).

Die Gerichtskliniken in Massachusetts umfassen 14 Krankenanstalten, von den 12 mit den zuständigen Bezirksgerichten, eine mit dem Jugendgericht in Boston und eine mit dem Oberen Gerichtshof in Suffolk zusammenarbeiten und die außer Sozialarbeitern und Psychologen etwa 30 voll- und teilzeitbeschäftigte Psychiater eingestellt haben. Ziel dieser Arbeit ist nicht allein die Diagnostik, i. e. Ursachenfeststellung der Kriminalität, sondern die Therapie, i. e. Wiedereingliederung des Delinquenten in die Gesellschaft. Dieser wird als kranker Mensch betrachtet, der infolge charakterlicher Unordnung zu antisozialen Akten verleitet wird. Seine psychotherapeutische Behandlung erscheint, auch wenn sie von oben angeordnet wird, gemessen an der Rückfallquote erfolgversprechend (nach früheren Statistiken des Bezirksgerichtes Cambridge wurden von 58 Delinquenten nur 7 rückfällig). Untersuchungen, inwieweit die Rechtsprechung prozessural und substantiell beeinflußt wurde durch die Existenz dieser Kliniken stehen noch aus.

HARDTMANN (Berlin)

## Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

● **I. F. Ogarkov: Ärztliche Rechtsverletzungen und strafrechtliche Verantwortung für sie.** Leningrad: Izdatelstvo Medicina 1966. 193 S. (Russisch) Geb. R. —.69.

In den ersten Kapiteln gibt Verf. kurze historische Einleitung, er bespricht Verantwortlichkeit des medizinischen Personals für berufliche Rechtsverletzungen und ihre Ursachen in verschiedenen geschichtlichen Perioden, Reglementation der Rechte und Pflichten der Ärzte und des Hilfspersonals in der Sowjetunion, ärztliche Schweigepflicht, allgemeine Klassifikation von ärztlichen Rechtsverletzungen, er zitiert einige statistische Daten, aus welchen hervorgeht, daß aus allen ärztlichen Fachgebieten die Chirurgie und die Frauenheilkunde in diesen Sachen in der UdSSR an den ersten zwei Stellen stehen. Im Kapitel über vorsätzliche Handlungen des Arztes bespricht Verf. der Reihe nach gesetzwidrige Durchführung der Schwangerschaftsunterbrechung, Nichthilfeleistung, rechtswidrige ärztliche Praxis, Unfruchtbarmachung ohne jegliche medizinische Hinweise, unzulässige Experimente an Menschen, Ausstellen von falschen medizinischen Dokumenten und Verletzung der Vorschriften zur Bekämpfung von epidemischen Krankheiten oder zum Umgang mit Rauschgiften. Verf. befaßt sich weiter beim Besprechen von unvorsichtigen Handlungen des Arztes mit ungenügender Untersuchung der Kranken oder Nichtverwenden von speziellen diagnostischen Methoden, nachlässiger Kinderfürsorge von seiten des Hilfspersonals, Fehlern bei Hospitalisierung, Operationen und anderen ärztlichen Eingriffen, Verstößen gegen verschiedene medizinische Vorschriften und Instruktionen, Nachlässigkeit bei Anwendung von Medikamenten oder beim Führen von Krankengeschichten und anderer ärztlicher Dokumentation, Fehlern bei Organisation der ärztlichen Hilfe und endlich mit der Unwissenheit der Ärzte. Die nächsten Kapitel befassen sich mit Irrtümern der Ärzte, ihren Ursachen und Folgen, sowie mit Unglücksfällen in der ärztlichen Praxis. Die Monographie ist mit Bemerkungen und Beispielen für die Durchführung der gerichtsmedizinischen Expertise und die Dokumentation in Fällen von Rechtsverletzungen des medizinischen Personals, sowie für die Tätigkeit der ärztlichen Begutachtungskommissionen beendet. Die Arbeit stützt sich auf sowjetrussische Rechtsvorschriften. Das Schrifttumsverzeichnis enthält russische Publikationen und Artikel; alle Ausführungen sind mit interessanten Musterfällen illustriert.

WALCZYŃSKI (Szczecin)

**M. A. Popova: A rare case of cardiac embolism with a foreign body.** (Seltener Fall einer Herzembolie durch Fremdkörper.) [Hauptbüro für gerichtsmedizinische Begutachtungen des estnischen Ministeriums.] *Sudebnomed. exp.* (Mosk.) **10**, Nr. 1, 50—51 (1967) [Russisch].

Wegen Harnretention wurde bei einem 70jährigen Mann ein operativer Eingriff vorgenommen. In diesem Zusammenhang ist eine Venaesectio mit Anlegung eines Polyvenylschlauches vorgenommen worden. Postoperativ entstand plötzliche eine Herz-Kreislaufinsuffizienz, an der der Pat. verstarb. Die Sektion ergab einen intrakardial gefundenen, 27 cm langen und 0,2 cm breiten Schlauch, der mit dem einen Ende an der hinteren Wand der rechten Herzkammer lag, das andere Ende wurde in einer Lungenarterie vorgefunden. Als Todesursache wird eine Embolie in das Herz und in die Lungenarterien diskutiert.

E. MÜLLER (Leipzig)

**A. Stammler: Die Injektionsschädigung des Ramus profundus nervi radialis.** [Univ.-Nervenklin., Köln.] *Med. Welt* **1966**, 724—725.

Nach i.m. Injektion von Verophen in die radiale Streckmuskulatur des Unterarms 5 cm distal vom Olecranon trat sofort Schmerz und motorische Lähmung im Bereich des r. profundus n. radialis auf. Nach 10 Tagen unvollständige elektrische Entartungsreaktion, nach 1/2 Jahr Wiederherstellung. Regressansprüche und Schmerzensgeldforderung gegen den Arzt. Erörterung der topographischen Verhältnisse. Die in der Praxis beliebte, weil bequeme Injektion differenter Mittel in die Unterarmmuskulatur muß daraufhin als Kunstfehler betrachtet werden. Zitat: *Med. Welt* **1964**, S. 1856—1857 (N. iliohypogastricus).

LOMMER (Köln)

**A. Gütgemann: Über ärztliche Verantwortung in der Chirurgie.** [Chir. Univ.-Klin., Bonn.] *Münch. med. Wschr.* **109**, 333—339 (1967).

Ärztliches Handeln beruht auf dem Grundsatz: „primum nil nocere“. Die Verpflichtung, menschliches Leben zu erhalten und wiederherzustellen, erfordert vom Arzt Verantwortung und macht ihn verantwortlich für die ergriffenen Mittel zur Wiederherstellung der leiblich-seelischen Integrität der Kranken. — Die heute weitreichenden chirurgisch-operativen Möglichkeiten bergen die Gefahr in sich, daß die Erhaltung der biologischen Existenz allzu sehr in den Vordergrund rückt und die operativen Möglichkeiten als Selbstzweck entarten. — Die Verantwortlichkeit eines Chirurgen wird sich stets da zeigen, wo die Konfrontation des technisch Möglichen und des sittlich Vertretbaren gegeben ist, um ein lebenswertes Leben zu erhalten. Die Verantwortung operativ-ärztlichen Handelns selber ist zeitbezogen und ändert sich mit Zunahme neuer Erkenntnisse. Sie erstreckt sich auf den Bereich, in dem die bewußte Zustimmung des Pat. zwar vorausgesetzt werden darf, jedoch nicht mehr zu erhalten ist (Schädelhirntraumen, Blutungen, Selbstmörder, Kinder, temporäre Anwendung einer Herz-Lungen-Maschine, Organüberpflanzungen), um die leiblich-seelische Integrität des Kranken wiederherzustellen, und erstreckt sich gleichfalls auf den Bereich, in dem durch Ausfall oder Schwinden höherer Funktionsabläufe ein Zustand primitiver Leiblichkeit eintritt. Auch hier besteht noch die Verpflichtung zur Hilfeleistung. — Im ärztlichen Gespräch und in der normativen Pflicht zur Aufklärung des Kranken zeigt sich am besten die ärztliche Verantwortung in der Chirurgie: faßbar und verständlich auch über längere Heilungsprozesse informiert, erteilt der Pat. im zuversichtlichen Gespräch auf Grund seiner Selbstbestimmung seine Zustimmung zum vorgeschlagenen Eingriff. Der Chirurg ist jedoch nicht berechtigt, trotz bestehender Rechtsnormen, ungeschminkt die Unheilbarkeit des Leidens oder die Natur der ersten Lebensbedrohung zu eröffnen, wenn durch echte Heilungschancen oder durch palliative Eingriffe das Leben lebenswert verlängert werden kann. Notfalls muß der Arzt aus sittlicher Eigenverantwortung die Aufklärungspflicht vernachlässigen, wobei ihm die heutige Rechtssprechung zur Vermeidung psychisch-seelischer Schäden eher zuzustimmen geneigt ist. — Der Chirurg hat weiterhin die Aufgabe, nicht nur seine Schüler, Mitverantwortlichen und Untergebenen operativ-technisch zu vervollkommen, sondern ihnen verantwortungsbewußte Führung und Leitung unter der obigen Maxime zu sein.

K. ANEMÜLLER (Saarbrücken)<sup>oo</sup>

**E. Trube-Becker: Die ärztliche Schweigepflicht nach dem Tod des Patienten.** [Inst. f. Gerichtl. Med., Med. Akad., Düsseldorf.] *Med. Klin.* **60**, 1140—1144 (1965).

Unter sorgfältiger Berücksichtigung und Zitierung der einschlägigen Literatur stellt Verf. fest, daß auch nach dem Tode eines Menschen die ärztliche Schweigepflicht und das Schweigerecht bestehen bleiben. Die Hinterbliebenen oder Erben können den Arzt nicht rechtswirksam von der Schweigepflicht befreien. Der Arzt muß nach dem Tode des Pat. gewissenhaft abwägen, wie der

mutmaßliche Wille des Kranken gewesen wäre und ob ein höherwertiges Interesse dafür besteht, vom Schweigerecht abzusehen. Verf. setzt sich für die Einführung des vertraulichen Totenscheines ein.

B. MUELLER (Heidelberg)

**H. M. Koelbing: Die Ärztliche Ethik des Thomas Percival.** [Med.-Historisch. Inst., Univ., Basel.] Schweiz. med. Wschr. 97, 713—716 (1967).

Der englische Arzt THOMAS PERCIVAL hat im Jahre 1803 eine vom Geist der Aufklärung geprägte „ärztliche Ethik“ herausgegeben, über deren wesentlichen Inhalt Verf. berichtet. Der Krankenhausarzt soll für Sauberkeit im Operationssaal sorgen, allerdings nicht aus hygienischen Gründen, sondern um den Kranken nicht abzuschrecken. Wer dem Tod geweiht ist, dem darf man dies nicht rücksichtslos sagen. Vor Operationen ist ein Konsilium erforderlich, bei dem der jüngste Arzt zuerst seine Meinung sagen soll. Ärztliche Behandlung kostet der Familie erhebliches Geld; manche Ärzte vertraten daher die Auffassung, daß man aus diesem Grunde von einer ärztlichen Behandlung absehen soll, wenn das Leben nicht mehr zu retten ist. PERCIVAL setzt sich jedoch aus ethischen Gründen dafür ein, daß der Kranke bis zu seinem Tode betreut wird. Er hält es auch nicht für richtig, daß man jedem Patienten das gleiche Geld abnimmt, die Honorare sollen vielmehr nach den Vermögens- und Einkommensverhältnissen bemessen werden. Mittellose Pat. soll der Arzt kostenlos behandeln. Der Arzt soll auch mit seinen Erfolgen nicht prahlen.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Franz Schleyer: Über die rechtlichen und die wissenschaftlichen Grundlagen der Ausbildung und Tätigkeit des Heilpraktikers.** Marburg. Univ.-Bund 1967, 373—379.

Verf. hat sich mit Hilfe eines Doktoranden viel Mühe gegeben, die Ausbildung und die Tätigkeit des Heilpraktikers zu ergründen. Die behördlichen Bestimmungen schwanken von Land zu Land. Überprüft werden die Fähigkeiten vom zuständigen Gesundheitsamt, Prüfer sind außer dem Amtsarzt 2 Heilpraktiker (Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Bayern) oder ein Arzt und ein Heilpraktiker (Schleswig-Holstein, Hessen) oder nur ein Heilpraktiker (Baden-Württemberg). In Ländern, in denen zwei Heilpraktiker und kein Arzt an der Prüfung teilnehmen, hat die Ärzteschaft die Mitwirkung abgelehnt. Die Prüfung soll in möglichst einfacher Form vorgenommen werden, sie ist nicht als Fachprüfung anzusehen (Baden-Württemberg, Bayern und Hessen). Wie weit die Prüfung auszudehnen ist, liegt im Ermessen des Amtsarztes; er soll sehen, ob die Ausübung der Heilkunde durch den Betreffenden eine Gefahr für die Volksgesundheit darstellt. Einen Fall von Infektionskrankheiten dürfte der Aspirant niemals zu sehen bekommen. Er darf nach Zulassung natürlich nicht Geschlechtskrankheiten, Krankheiten der Geschlechtsorgane oder meldepflichtige, übertragbare Krankheiten behandeln, Geburtshilfe ausüben, gegen Pocken impfen, Betäubungs- oder stark wirkende Arzneimittel verschreiben; er darf auch nicht Kassenarzt werden. Seine Tätigkeit unterliegt nicht der ärztlichen Schweigepflicht. Schulen für angehende Heilpraktiker bestehen in München und Duisburg, doch ist der Besuch einer Schule nicht Voraussetzung für die Zulassung zur Prüfung. Der Kurs auf der Münchner Schule dauert 2 Jahre, unterrichtet werden Anatomie und Physiologie, Chemie, physiologische Chemie, Blut und Blutkrankheiten, innere Sekretion, erste Hilfe; es wird sogar ein EKG-Praktikum abgehalten. Im zweiten Jahre werden betrieben Augendiagnostik, Physiognomik, klinische und physikalische Diagnostik, die Lehre von den Infektionskrankheiten, Segment-Therapie, Rezeptierkurs, Schröpfungen, Acupunctur, Hydrotherapie, Chiropraktik, Biochemie nach SCHÜSSLER, Humoralpathologie u. a. Der Lehrgang endet mit einer Prüfung vor einer Kommission der Schule. Der anatomische Unterricht findet an Modellen statt; Wert gelegt wird auch auf die Augendiagnostik. Verf. bringt in zwei instruktiven Abbildungen die sog. „Organuhr“, die der chinesischen Medizin entlehnt sein soll und aus der man Vorschriften für die gesundheitliche Lebensführung entnehmen kann. Es gibt keine Objektivierbarkeit der Diagnose. Etwa 10% der Anwärter sollen durch die amtsärztliche Prüfung durchfallen: Versuche, die Stellung des Heilpraktikers im einzelnen durch Gesetz zu regeln, sind gescheitert.

B. MUELLER (Heidelberg)

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

**Shohei Tobe: Identification of human blood by means of fibrin plate method.** Using cloths stained with human blood but washed with cleansers. (Identifizierung von