

A 8 Haftpflicht bei Durchtrennung des nervus accessorius

Bei einer Drüsenoperation an der rechten Halsseite wurde einem Patienten der Accessoriusnerv durchschnitten. Das Oberlandesgericht Celle hat im Beschluß vom 23. 9. 1955 (9 W 42/55) einen ärztlichen Kunstfehler in diesem Verhalten nicht angenommen und in seinen Gründen hierzu ausgeführt:

„Es hat sich nach dem ärztlichen Gutachten um einen durch tuberkulösen Prozeß destruierten Nerv gehandelt. Dieser Nerv hat an sich schon so viele Varianten, daß er durchaus nicht stets an typischer Stelle vermutet werden muß. Gerade bei Tuberkulose ist der Nerv mit der Lymphdrüse verbacken und seine Verlaufsrichtung kann durch narbige Schrumpfungs-Prozesse verändert sein. Die anatomischen Verhältnisse sind dann oft sehr undurchsichtig. Im vorliegenden Falle haben wahrscheinlich Gewebsveränderungen vorgelegen. Wie der Senat bereits in einem anderen Falle auf Grund der ärztlichen Gutachten festgestellt hat, kann es selbst den besten Chirurgen passieren, daß in solchen schwierigen Fällen der nervus accessorius nicht erkannt und durchschnitten wird. Mit Recht hat der Sachverständige, Prof. H., ausgeführt, es gebe Dinge, die stärker seien als der operierende Mensch. Nach dem Gutachten der chirurgischen Universitätsklinik in K. ereignet sich bei solchen Operationen eine Accessoriuschädigung bestenfalls in 1 bis 2% der Fälle. Eine Aufklärung des Patienten über solche etwaigen nachteiligen Folgen würde, wie das Gutachten weiter ausführt, alle möglichen ungünstigen Folgen für die Operation und für die Feststellung sowie Behebung der Krankheit gehabt haben und konnte von dem behandelnden Arzt nicht verlangt werden. Nicht die Ausführung, sondern die Unterlassung einer Drüsenentfernung aus diagnostischen Gründen könnte unter Umständen eine Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht bedeuten.“ S.

B 4 Zur Frage der Führung der Bezeichnung „Zahnarzt“

Der Hessische Verwaltungsgerichtshof mußte sich in seinem Urteil vom 22. 1. 1954 (OS II 11/53) mit der Frage befassen, ob ein bestallter Arzt auch das Recht zur Führung der Bezeichnung „Zahnarzt“ besitze. In dem Urteil wurde diese Frage verneint und folgendes ausgeführt:

„Wer als bestallter Arzt zur Ausübung der Zahnheilkunde berechtigt ist, bedarf noch einer besonderen Bestallung als Zahnarzt, wenn er die Bezeichnung ‚Zahnarzt‘ führen will. Unter ‚Bestallung‘ in § 1 I 2 ZahnheilkundeG kann nur die ‚Bestallung als Zahnarzt oder Zahnärztin‘ verstanden werden. Die Strafvorschrift des § 18 Ziff. 2 ZahnheilkundeG verleiht nicht etwa jedem Arzt die Berechtigung, sich als ‚Zahnarzt‘ zu bezeichnen, ohne die Bestallung als solcher zu besitzen. Sie stellt nur klar, daß der Arzt neben dem Zahnarzt auch nach Aufhebung der Kurierfreiheit auf dem Gebiete der Zahnheilkunde berechtigt ist, die Zahnheilkunde auszuüben, ohne die Bestallung als Zahnarzt zu besitzen; die Führung der Bezeichnung als ‚Zahnarzt‘ ist ihm damit jedoch nicht erlaubt.“ S.

E 2 Parkverbot für Ärzte?

Der Bundesminister für Verkehr, Seeborn, hat zur Frage, ob behandelnde Ärzte im Einzelfalle das Parkverbot übertreten dürfen oder in Einbahnstraßen auch gegen die Fahrtrichtung fahren können, die folgende Rechtsauffassung geäußert:

„Nach den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen ist jeder Arzt berechtigt, das hochwertige Gut, nämlich das Menschenleben, unter Mißachtung des geringerwertigen Gutes, nämlich des Parkverbotes, zu retten. Sein Handeln ist gerechtfertigt und seine Schuld ausgeschlossen; wegen Mißachtung des Parkverbotes kann er in diesem Falle nicht verfolgt werden.“

Außerdem wünscht die Bundesärztekammer eine ausdrückliche Ausnahme vom Parkverbot bei dringenden Kranken-

besuchen; die Fahrzeuge der Ärzte sollen dabei durch ein besonderes Arztschild gekennzeichnet werden. Meine Rundfrage bei den Ländern ergab, daß die Bedenken gegen ein solches Vorrecht der Ärzte doch überwogen. Ich habe deshalb die Bundesärztekammer gebeten, Material zusammenzustellen, um den Ländern die bestehenden Schwierigkeiten der Ärzte durch solche Parkverbote näher darlegen zu können. Sobald das Material vorliegt, soll die Frage mit den obersten Landesbehörden unter Teilnahme der Bundesärztekammer besprochen werden. Ich beabsichtige, versuchsweise eine allgemeine Ausnahmegenehmigung zu erlassen, daß die Ärzte bei dringenden Krankenbesuchen auch an Stellen parken dürfen, an denen dies ausdrücklich verboten ist, sofern in unmittelbarer Nähe kein Parkraum zur Verfügung steht. Als Ausweis des Arztes soll ein Steckschild eingeführt werden, das während der Zeit des Krankenbesuches an der Innenseite der Windschutzscheibe anzubringen ist.

Keinesfalls kann mit einer Regelung gerechnet werden, daß mit einem Arztschild versehene Kraftfahrzeuge in Einbahnstraßen auch gegen die Fahrtrichtung fahren dürfen. Eine solche Maßnahme würde große Gefahren heraufbeschwören. Selbst der zu einem Schwerkranken gerufene Arzt darf bei seiner Autofahrt nicht das Leben anderer gefährden. Auch können derartige unerwartete Regelwidrigkeiten zu Stockungen und Verstopfungen im Verkehr führen, die geradezu verhindern, das Ziel einer möglichst raschen ärztlichen Hilfeleistung zu erreichen.“ S.

E 3 Abtreibung bei Herbeiführung einer Frühgeburt

Der Bundesgerichtshof mußte sich mit der Frage befassen, ob die Herbeiführung der Frühgeburt eines lebenden Kindes, das aber alsbald nach der Geburt starb, den Tatbestand einer strafbaren Abtreibung nach § 218 StGB erfülle. Die Frage wurde durch Urteil vom 20. 11. 1956 (5 StR. 347/56; BGH St.Bd. 10 Seite 5) bejaht. Es gilt der folgende Rechtssatz:

„Eine Leibesfrucht kann auch dadurch ‚abgetötet‘ werden, daß die Frühgeburt eines lebenden Kindes herbeigeführt wird, dieses aber bald nach der Geburt stirbt, weil es noch nicht voll ausgetragen war.“

In der Begründung führte der Bundesgerichtshof u. a. aus:

„Eine Abtötung der Leibesfrucht im Sinne des § 218 Abs. 3 StGB wird nicht dadurch ausgeschlossen, daß zunächst ein lebendes Kind zur Welt kam. Es war zur Zeit des Eingriffs noch ‚Leibesfrucht‘. Das ist der erst werdende, noch im Mutterschoß geborgene Mensch, gleichgültig, ob er reif ist oder nicht (Leipz-Kom § 218 Anm. II 1 a). Erst wenn der Mutterleib versucht, die Frucht auszustoßen, also mit dem Anfange der Geburt, wird die Leibesfrucht zum Menschen (RGSt 26, 178). Bis dahin steht sie unter dem Schutze des § 218 StGB. Der Tatbestand dieser Bestimmung wird nicht dadurch ausgeschlossen, daß der Eingriff zur Geburt eines lebenden Kindes führt, das jedoch nicht am Leben bleibt, weil es zu früh geboren wurde (Olshausen StGB 12. Aufl. § 218 Anm. 3; Frank StGB § 218 Anm. I; Maurach Besond. Teil 51). Es war dann bis zum Beginne der Frühgeburt ein ‚lebensfähiger Fötus‘, wie sich Leipz-Kom § 218 Anm. II 1 b ausdrückt. Auf diese Stelle beruft sich die Revision zu Unrecht.“

Dies alles entspricht der Rechtsprechung des Reichsgerichts sowohl zur ursprünglichen Fassung des § 218 StGB (‚abtreibt oder im Mutterleib tötet‘) als auch zum Wortlaute dieser Bestimmung nach dem Gesetze vom 18. Mai 1926 (‚im Mutterleib oder durch Abtreibung tötet‘); vgl. RGSt 4, 380 (381); 41, 328 (329); RG GoldArch 67, 331; Recht 1938, 680 Nr. 6931.

Die jetzige Fassung des § 218 StGB (‚Leibesfrucht abgetötet‘), die auf der Verordnung vom 9. März 1943 (RGBl. I, 140) beruht, bedeutet dasselbe wie die frühere Ausdrucksweise des Gesetzes (vgl. Rietzsch DJ 1943, 243).

Wie schon das Landgericht hervorgehoben hat, hat der Bundesgerichtshof die Rechtsprechung des Reichsgerichts in einem Urteil vom 12. Mai 1953 — 1 StR 796/52 — fortgesetzt, das von Dallinger MDR 1953, 597 kurz mitgeteilt und sonst nicht veröffentlicht worden ist. Die Revision meint, diese Entscheidung lasse, soweit sie wiedergibt, die Möglichkeit offen, daß der Täter „eine Abtreibung im strengen Sinne des Wortes (Abtötung der Leibesfrucht) beabsichtigt“ habe. Die vollständige Fassung des Urteils spricht jedoch aus, „daß vollendete Abtreibung auch dann vorliegt, wenn der Tod des lebend zur Welt gekommenen Kindes durch die Bewirkung des vorzeitigen Abganges der Frucht herbeigeführt worden ist und der Vorsatz auf Tötung der Frucht oder des Kindes gerichtet war“. Dem tritt der Senat bei.“

Rechtsanwalt Dr. R. Schmelcher, Karlsruhe,
Virchowstraße 12

FRAGEN AUS DER PRAXIS

Frage: Bestehen Bedenken gegenüber einer langdauernden Verordnungs- von Glutaminsäure-Präparaten bei Schulkindern. Ist die Wirksamkeit dieser Präparate wissenschaftlich erwiesen?

Antwort: Chemisch reine Glutaminsäure besitzt eine geringe Toxizität und kann oral ohne nennenswerte Nebenwirkungen (Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, unangenehme sexuelle Stimulierung, allergische Erscheinungen) unbedenklich über lange Zeit gegeben werden. Kontraindikation: Leberparenchymschäden, schwere und erethische Schwachsinnformen. Die Ergebnisse der Erfolgsprüfungen einer Glutaminsäure-Applikation sind — je nach Verwendung von Salz oder Säure, von Dauer und Dosis der Medikation, von Methodik der Erfolgsprüfung etc. — recht uneinheitlich (vgl. die Monographien von Kergl-Köbcke-Haury, Stuttgart 1954 und Klingmüller, Aulendorf 1955). Kritische und mit zuverlässiger Methodik durchgeführte Reihenuntersuchungen sprechen für eine Hebung vor allem des psychischen Tempos, der geistigen Beweglichkeit, psychomotorischen Aktivität, Stimmung und Aufmerksamkeitsspannung, die sich gelegentlich auch in einem Ansteigen des Intelligenzquotienten dokumentiert, besonders dann, wenn die günstige pädagogische Situation genutzt wird (vgl. dazu vor allem Koch, H.: Arch. Psychiatr. 1954, 191 u. Hofmann, W.: Zschr. Heilpäd. 1953, 4).

Prof. Dr. H. Stutte, Univ.-Nervenklinik, Marburg/Lahn

Frage: Wie sind unterschiedliche Angaben über die Zusammensetzung der Ringer-Lösung zu erklären? Die Zusammensetzung der in der Kinderheilkunde zu Infusionen immer noch häufig benutzten Ringer-Lösung wird in verschiedenen Büchern verschieden angegeben. Es bestehen derart erhebliche Abweichungen, daß die Frage entsteht, welche der angegebenen Zusammensetzungen eigentlich isotonisch ist. 1. NaCl 7,0; KCl 0,1; CaCl₂ 0,2; Aqu. dest. ad. 1000,0. — 2. NaCl 8,0; KCl 0,4; Lique. calc. chlorat 0,5; NaHCO₃ 1,0; Aqu. dest. ad. 1000,0. — 3. NaCl 9,0; KCl 0,3; CaCl₂ 0,25; NaHCO₃ 0,2; Aqu. dest. ad. 1000,0. — 4. NaCl 7,0; KCl 0,1; CaCl₂ 0,2; NaHCO₃ 0,03; Aqu. dest. ad. 1000,0.

Antwort: Der englische Physiologe Ringer fand vor ca. 75 Jahren, daß zur Aufrechterhaltung der Erregbarkeit und der Kontraktilität des isolierten Froschherzens die Perfusionsflüssigkeit NaCl, KCl und CaCl₂ in einem bestimmten Verhältnis enthalten müsse. Er verwendete vorwiegend folgende Zusammensetzung: 6,0 NaCl, 0,075 KCl, 0,1—0,2 CaCl₂ (bzw. CaHPO₄), 0,1 NaHCO₃, ad 1000,0 aqua dest. Die osmotische Konzentration dieser Lösung beträgt etwa 212 mosmol/l. Diese osmolare Konzentration entspricht ungefähr der des Froschserums (220 mosmol/l). Später haben verschiedene Forscher andere Zusammensetzungen für die Frosch-Ringerlösung für experimentelle Zwecke angegeben; Lokke führte eine höher osmolare Lösung ähnlicher Zusammensetzung mit Dextrose-Zusatz für Versuche mit dem isolierten Säugetier-Herzen ein. — Heute versteht man unter „Ringer-Lösung“ ganz allgemein Lösungen, welche die drei Salze NaCl, KCl und CaCl₂ in einem für Perfusionszwecke geeigneten Verhältnis enthalten und die als Ersatz für biologische Flüssigkeiten verwendet werden. Die Erkenntnis Ringers, daß solche Ersatzflüssigkeiten nicht nur isotonisch sein müssen, sondern, daß auch das Mischungsverhältnis der Ionen zu berücksichtigen ist, sind für diese Angaben maßgeblich gewesen. — Isotonisch sind Lösungen gleicher osmolarer Konzentration, d. h. Lösungen mit gleichem osmotischen Druck. Der osmotische Druck des menschlichen

Blutserums beträgt 7,7 Atm. (bei 38° C), das entspricht einer Gefrierpunktserniedrigung von $-0,56^{\circ}\text{C}$ bzw. ca. 300 mosmol/l. (Die Berechnung aus der chemischen Zusammensetzung des Serums ergibt — unter Annahme vollständiger Dissoziation der leicht dissoziierenden Elektrolyte — ca. 325 mosmol/100 g Serumwasser.) Von den in der Anfrage angegebenen Ringer-Lösungen ist nur Lösung 3 isotonisch, da ihre osmolare Konzentration ca. 309 mosmol/l beträgt. Die drei übrigen sind dem Blutserum des Menschen gegenüber hypotonisch: Lösung 1 ca. 244 mosmol/l; Lösung 2 ca. 288 mosmol/l (in der Anfrage muß es bei Lösung 2 wohl NaHCO₃ 0,1 und nicht 1,0 heißen!); Lösung 3 entspricht (jedoch ohne NaHCO₃) der Solutio physiolog. Ringeri (R.F.); Lösung 4 hat eine osmolare Konzentration von ca. 245 mosmol/l. So wichtig die Isotonie für Ersatzflüssigkeiten, die bei Durchströmungsversuchen etc. verwendet werden, ist, so braucht man sich beim Flüssigkeitseratz in der Klinik nicht allzu streng an die Forderung nach Isotonie der Lösungen zu halten. Grobe Abweichungen von der Isotonie sind vor allem bei subkutanen Infusionen zu vermeiden (Gewebsreizung!). Bei intravenösen Infusionen erfolgt eine rasche „Verdünnung“. Lösungen mit 500 mosmol/l, wie z. B. die 10%ige Dextrose-Lösung, können ohne weiteres gegeben werden, wenn die Infusionsgeschwindigkeit und infundierte Flüssigkeitsmenge nicht zu groß gewählt wird. (Größenordnung: 30—100 cm³ bei Säuglingen, bei älteren Kindern bis zu 300 cm.) — Die Beliebtheit der „Ringer-Lösung“, vor allem in der Pädiatrie, geht auf die Erfolge zurück, die man mit dieser Lösung bei der parenteralen Flüssigkeitstherapie erzielen konnte. Der Vorteil der Ringer-Lösung gegenüber der sogenannten „physiologischen“ Kochsalzlösung beruht auf ihrem Gehalt an K und Ca, wenn auch der K-Gehalt zu gering ist, um K-Mangelzustände zu beseitigen. Indessen läßt sich die Lösung leicht — bei speziellen Indikationen — mit entsprechenden Zusätzen modifizieren. In der Mehrzahl der Fälle wird sie jedoch (meist in Form einer Mischung mit 5%iger Dextrose-Lösung im Verhältnis 1:1) den Erfordernissen des parenteralen (u. U. auch oralen) Flüssigkeitseratzes gerecht. Von den verschiedenen Speziallösungen (z. B. Darrowsche Lösung, Butlersche Lösung u. a.) bietet jede ihre Vorteile, ihre Anwendung setzt jedoch eine genaue Überwachung des Salz-Wasserhaushaltes (und damit ein gut funktionierendes Laboratorium!) voraus. Wir selbst verwenden eine „Ringer-Lösung“ folgender Zusammensetzung: NaCl 8,0, KCl 0,1, CaCl₂ 0,1, NaHCO₃ 0,1, aqua dest. ad 1000,0 (ca. 280 mosmol/l, gewöhnlich mit 5%iger Dextrose-Lösung aa).

Prof. Dr. H. Hungerland, Kinderklinik der Justus-Liebig-Hochschule, Gießen

Frage: Lassen sich Tätowierungen oder subkutane Schmutzeinlagerungen mit Milch „ausspritzen“?

Antwort: Die Behandlung von Tätowierungen mit Milch ist in der Volksmedizin seit langem bekannt; sie wurde wohl ursprünglich unter der Vorstellung einer Verdeckung des Farbstoffes ausgeführt. Dabei wurde Sauermilch mit Nadeln in gleicher Weise wie der Farbstoff eingestochen. Auch Pferdemilch wurde zur Nachtätowierung empfohlen. Soweit ich die Literatur übersehe, ist eine systematische Prüfung der Methode der Milchbehandlung bisher nicht veröffentlicht worden, wahrscheinlich weil die Resultate zu unsicher und ungleichmäßig sind. Eine neuere Mitteilung darüber finde ich nicht. — Die modernen Methoden sind sehr viel wirksamer. Hierzu zählen lokale Ätzverfahren, insbesondere mit Kaliumpermanganat nach vorheriger Nachtichelung der Tätowierung. Weniger empfehlenswert ist die Anwendung von Trichloressigsäure oder rauchender Salpetersäure, die in der Laienkosmetik gelegentlich benutzt wird. — Alle diese Methoden sind durch das hochtourige Fräs- und Schleifverfahren verdrängt worden.

Prof. Dr. H. Schreus, Hautklinik der Med. Akademie, Düsseldorf

Frage: Sind Kinder aus einer Verwandtenehe zweiten Grades genetisch gefährdet? Mann und Frau sind gesund. In der Verwandtschaft keine Erbkrankheiten, Stoffwechselkrankheiten, körperlichen oder geistigen Abnormitäten.

Antwort: Das einzige Risiko von Blutsverwandtenehen ist, daß auf diese Weise rezessive detrimentale Gene zusammengeführt, also homozygot, werden und damit zur Äußerung kommen können. Wenn man von Trägern rezessiver Erbleiden ausgeht, so ist der Hundertsatz von Verwandtenehen bei den Eltern erhöht. Umgekehrt, wenn man Kinder aus Verwandtenehen untersucht, besteht ebenfalls eine Erhöhung der Zahl Erbkranker gegenüber der Durchschnittsbevölkerung. Diese Erhöhung ist bei einem entfernteren Verwandtschaftsgrad, wie in diesem Falle, nicht sehr erheblich. Eine gewisse Gefahr ist mit jeder Verwandtenehe verbunden. Man kann sie durch eine noch so genaue Untersuchung der Mitglieder beider Familien nicht ganz ausschalten, da rezessive Erbleiden sich in heterozygotem Zustand nicht