

## Kunstfehler, Ärztereht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

● **Grundriß der Gesetzes- und Verwaltungskunde zum Gebrauch an Medizinal-Lehranstalten.** Unter Mitwirkg. der Vorsitzenden des staatl. Prüfungsausschüsse an der Medizinal-Lehranst. in Nordrhein-Westfalen. Hrsg. von C. L. Paul Trüb u. H. J. Femmer. 5. verb. u. erg. Aufl. Bielefeld: W. Bertelsmann 1958. 147 S. DM 4.—

Leicht faßlicher und gut zu lesender Überblick. Bei der Darstellung der Staatsverwaltung und der Medizinalverwaltung wird von den Verhältnissen im Lande Nordrhein-Westfalen ausgegangen. Es folgen die Gesetze und Bestimmungen über das ärztliche Hilfspersonal, einschließlich der Heilpraktiker, die Gesetze über ansteckende Krankheiten, über Lebensmittel, über das Fürsorge- und Wohlfahrtswesen, anschließend wird die Sozialversicherung kurz und prägnant nach ihrem gegenwärtigen Stand geschildert, sowie die Rechte und Pflichten des ärztlichen Hilfspersonals. Die Definition der Lebendgeburt nach der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes, BGBL I, S. 1339, stellt den Abschluß des Büchleins dar: Danach liegt eine Lebendgeburt vor, „wenn bei einem Kinde nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat“. Die Meldepflicht von Verletzungen durch die leitenden Krankenhausärzte aus der Reichsmeldeordnung wird übernommen, jedoch erwähnt, daß ihre Gültigkeit umstritten ist. — Das Buch eignet sich zum bequemen Nachschlagen für jeden, der auf einschlägigen Gebieten zu unterrichten hat.

B. MUELLER (Heidelberg)

**E. Schalscha: Verwechslung der Blutkonserven — Verurteilung eines Stationsarztes wegen fahrlässiger Tötung.** Dtsch. med. Wschr. 1958, 1405.

Obwohl die Verwechslung der Blutkonserve durch eine Schwester geschah und die Kreuzprobe durch den unerfahrenen transfundierenden Pflichtassistenten (beide verurteilt!) unterlassen wurde, befand das Gericht den eigentlichen Verantwortlichen, nämlich den (vertretenden) Stationsarzt der fahrlässigen Tötung für schuldig. Die zur Verwerfung der Revision angeführten Gründe werden dargestellt.

LAUE (Heidelberg)

**W. Perret: Die nach der neueren Rechtsprechung erforderlichen Sicherungsmaßnahmen gegen das versehentliche Zurücklassen von Mulltupfern, Mullkompressen und Bauchtüchern in Operationsgebieten und ihre ärztliche Beurteilung.** Med. Klin. 1958, 830—836.

Der in ärztlichen Haftpflichtfragen besonders erfahrene Verf. gibt einen Überblick über die augenblickliche Situation der Rechtsprechung bei zurückgelassenen Mulltupfern usw. — Der Begriff der Fahrlässigkeit wird erläutert als „Außerachtlassung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt“. Es handelt sich also nicht um eine übliche Sorgfalt, sondern der Begriff der „erforderlichen Sorgfalt“ ist richtungweisend für die diversen Urteile. Aus der Zusammenstellung ist zu entnehmen, daß die erforderliche Sicherungsmaßnahme beim Bauchtuch die Zählung oder Armierung mit Band bzw. Klemme ist. Bei den Mulltupfern wird festgehalten, daß jede Sicherungsmaßnahme das unsichtbare Verschwinden eines Mulltupfers nicht verhindern kann. Bei den Mullkompressen wird ausdrücklich festgelegt, daß hierfür eine neue Gruppe, die Gruppe der Mullkompressen aufgestellt werden müßte, da der Größe und Beschaffenheit des „corpus delicti“ eine besondere Bedeutung zukommt. Auch hier wird eine Armierung verlangt, wobei diese lediglich Bedeutung zur späteren leichteren Feststellung durch Röntgenaufnahmen haben würde. Der Verf. betont, daß eine neue Ordnung der Sicherung der bei der Operation benötigten Baumwollfaserstoffe erforderlich erscheint, und daß das Bemühen um eine ausreichende Sicherung trotz der ärztlicherseits geäußerten Unmöglichkeit weiter nicht erlahmen dürfte.

FUCHS (Göppingen)<sup>oo</sup>

**Abraham Rosenthal: Follow-up study of fatal penicillin reactions. Special report.** (Nachgehende Untersuchungen tödlicher Penicillinreaktionen. Sonderbericht.) J. Amer. med. Ass. 167, 1118—1121 (1958).

Statistischer Überblick über 30 tödlich verlaufene anaphylaktische Reaktionen auf Penicillin unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Rasse der Patienten, Reaktionszeit, Dosis, Vorgeschichte, Indikationen zur Anwendung von Penicillin und Rechtslage. 4 besonders eindrucksvolle Fälle werden geschildert. Die Wichtigkeit einer genauen Befragung der Patienten vor Verabreichung von Penicillin hinsichtlich früherer allergischer Reaktionen wird hervor-

gehoben. Auf die Möglichkeit der unbewußten Sensibilisierung gegenüber Penicillin durch Genuß von Milch von Kühen, deren Euter mit Penicillin behandelt wurde, oder durch penicillinproduzierende Dermatophyten wird hingewiesen.  
ZIERZ (Heidelberg)<sup>oo</sup>

Georg Herold: Die Haftung des Arztes im Arzneimittelverkehr. Med. Klin. 54, 269—271 (1959).

W. Perret: Besteht eine Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber einem Kranken über mögliche Infiltrate oder Abscesse nach Einspritzung von Irgapyrin? Med. Klin. 1958, 1794—1797.

Kritische Besprechung eines Urteils in einem Schadenersatzprozeß. Gestützt auf ein Sachverständigengutachten hatte ein OLG entschieden, ein Arzt solle verpflichtet sein, den Kranken vor jeder Irgapyrin-Injektion (I.-Inj.) darauf aufmerksam zu machen, daß besondere Komplikationen in Form eines Abscesses auftreten können. Soweit die Ausführungen des Sachverständigen aus den Entscheidungsgründen zu entnehmen sind, tritt der Verf. ihnen entgegen. Bei richtiger Technik (*intramuskulär!*) seien die I.-Inj. nicht mehr schmerzhaft. Früher seien wohl öfter nach I.-Inj. Schmerzen an den Injektionsstellen aufgetreten, heute aber sei es nicht mehr der Fall, weil dem Irgapyrin das Xylocain zugesetzt worden sei. Abszeßbildung nach I.-Inj. werde nicht häufiger beobachtet als nach allen anderen Arzneimitteln, deren Injektion ebenfalls zu lokalen Gewebsreaktionen (aseptischen wie infizierten) führen kann. Die Häufigkeit der Abszeßbildung nach I.-Inj. liege unter 1%. Nach der bisherigen Rechtsprechung wird eine Aufklärungspflicht nicht für erforderlich gehalten, wenn es sich um atypische Schäden mit einer Häufigkeit von 1—3% handelt.  
ROMMENY (Berlin)

A. J. Chaumont: Mort subite après sérothérapie par accident du travail. (Plötzlicher Tod durch Arbeitsunfall nach Serothérapie.) [Soc. de Méd. lég. et Criminol., 14. IV. 1958.] Ann. Méd. lég. 38, 314—319 (1958).

Schilderung des plötzlichen Todesfalles eines 62jährigen Arbeiters, der 2 Tage vor seinem Tode von einem Hund gebissen wurde und deshalb eine Injektion von 3000 Einheiten Tetanusantitoxin erhalten hatte. Symptome von Serumunverträglichkeit traten hierbei nicht auf. 2 Tage hernach wurde er an seiner Arbeitsstätte tot auf dem Rücken liegend aufgefunden. Die Obduktion ergab, daß eine starke Herzhypertrophie sowie eine Myocarddegeneration vorhanden war. Die am Kopf gefundenen Verletzungen waren typisch für einen Sturz auf das Hinterhaupt. Die Bißverletzung zeigte keinerlei Reaktion. Das Gutachten sprach sich daher dahingehend aus, daß bei dem Arbeiter ein schwerer pathologischer Zustand in Form einer Herzhypertrophie und Myokardschädigung vorlag und daß somit ein natürlicher Tod vorliege. Der Hundebiß und die Seruminjektion stünden also in keinem Zusammenhang mit dem Tode. Nun seien jedoch Arbeiten von BICKEL, FABRE u. BLANC erschienen, die ein neues Licht auf die Pathogenese des Herzschlages werfen, da diese experimentell bewiesen hätten, daß allergische Kardiopathien möglich sind. Sie sensibilisierten Karnickel durch Pferdeserum und wiederholten diese Injektionen nach 12 Tagen und erhielten so anaphylaktische Schockzustände. Sie fanden nun anatomische Veränderungen an den Coronararterien und am Myokard und gaben diesen den Namen „Anaphyl. Myocarditis“. Auf Grund dieser neuen Erkenntnisse glaubt der Verf. vielleicht doch einen Zusammenhang zwischen Seruminjektion und dem plötzlichen Herztod in seinem Falle vermuten zu können. (Die Beantwortung der entscheidenden Frage, ob der Verstorbene schon *früher* eine Seruminjektion erhalten hat, also bereits sensibilisiert war, wird vom Ref. vermißt.)  
MARESC (Graz)

A. Keith Mant: Immediate post-operative deaths. (Plötzliche Todesfälle nach der Operation.) [Department of Forensic Medicine, Guy's Hospital, S. W. I.] J. forensic Med. 5, 137—140 (1958).

Verf. teilt, im wesentlichen ohne nähere Einzelheiten, von rund 15000 gerichtlichen Sektionen einschlägige Fälle zum Thema mit, die er klassifiziert nach einem Versagen des Chirurgen, des Anaesthesisten oder von beiden. Die erste Gruppe umfaßt Sekundärblutungen [abgegangene Unterbindungen der Pulmonalarterien — 4 (Fälle), fehlende Unterbindung großer Gefäße — 3, Excision der Femoralarterie beim Trendelenburg — 1, Punktion der Coronarvene bei Paracentese — 1, massive Blutung nach Thoracotomie — 1], nicht erkannte Blasenperforationen — 3, Luftembolie (Transfusionen, davon einmal bei postnataler Austauschtransfusion — 2, artefizielles Pneumoperitoneum — 1, am Ende oder nach chirurgischen Eingriffen — 4), „bad errors“ der

Chirurgen (Verschluß des proximalen Colonendes — 1, Bisektion der inneren Kapsel bei Leukotomie — 1, Verwechslung eines Volvulus mit einer Ovarialcyste — 1, Phenolvergiftung mit einer 80%igen statt einer 5%igen Lösung — 1) sowie schließlich einen Transfusionszwischenfall, bei dem die Patientin eine Blutkonserve erhielt, die fünf Monate zuvor gekreuzt worden war. In die zweite Gruppe reiht er einen Fall von Brevidil-Unverträglichkeit ein, weiterhin mechanische Blockade des Respirationstraktes (durch Mageninhalt bei Ausschluß von Unfallpatienten, weil bei diesen eine Vorbereitung oft unmöglich war — 3, durch Apparate — 1, durch Blut, davon in je drei Fällen nach Tonsillektomie und Probeöffnungen wegen Malignität — 7), Sekretansammlung und Lungenkollaps — 2, Hypotension infolge Nebennierenrindeninsuffizienz — 2 und schließlich Reflextod nach Tubusentfernung. Die dritte Gruppe schließlich umfaßt 23 Fälle von postoperativem Schock und massivem Lungenkollaps bei 18—93jährigen Patienten; diese Todesfälle, die im Laufe der Zeit eine Häufigkeitsminderung erfuhren, werden auf das relativ junge Alter der Operateure bzw. Anaesthesisten zurückgeführt, ohne daß eine mangelhafte Technik oder ein schlechtes Einvernehmen zwischen beiden festzustellen wäre.

V. KARGER (Kiel)

**Heribert Pauly: Ungewöhnliche Reaktion nach Periston N in hoher Dosierung.** [Kinderabt., Städt. Krankenh. Moabit, Berlin.] Arch. Toxikol. 17, 168—171 (1958).

Bei einem 12 $\frac{1}{2}$ jährigen Mädchen wurde nach einer Entlastungspunktion bei metapneumonischer purulenter Pleuritis und intrapleuraler Injektion von 25000 E + 75000 E Varidase (worauf es zu Intoxikationserscheinungen — Übelkeit, Brechreiz, Unruhe, Cyanose — gekommen war) „Periston N“ verabreicht. Nach intravenöser Infusion von 320 cm<sup>3</sup> (innerhalb von 25 min) trat ein schwerer Schockzustand (Schüttelfrost, allgemeine Cyanose, Pulsanstieg, Blutdruckabfall, Hämatemesis) auf. Die Blutdruckwerte waren erst nach 24 Std wieder normal. Verf. nimmt an, daß es sich bei dem von ihm (bei sonst stets guter Verträglichkeit) gesehenen einzigen Fall von Unverträglichkeit um eine anaphylaktische Reaktion bei individueller Überempfindlichkeit (möglicherweise infolge familiär-konstitutioneller Belastung) gehandelt hat.

H. GRÜNER (Frankfurt a. M.)

**Kurt Ulonska: Tödliche „Heilpraktik“.** Kriminalistik 1959, 113—115.

Ein 78jähriger Gesanglehrer „heilte“ unter Assistenz seiner 70jährigen Ehefrau die verschiedensten Leiden durch „Handkreisen“. Er ließ seine Hände etwa eine Stunde in 10 cm Abstand über dem bekleideten Körper des Patienten kreisen. — Später ritzte er auch gegen Schmerzen und „Managerkrankheit“ die Haut mit einem Bauscheidtschen Nadelapparat. Bei diesem federhalterförmigen Nadelgerät dringen durch einen Federdruck und Zurückschnellen etwa 20 spitze Nadeln 4—5 mm tief in die Haut. — Er „behandelte“ damit auch eine 40jährige Frau, die sich körperlich schlecht fühlte. Sie wurde im Nacken und längs der Wirbelsäule genadelt. Diese Frau starb 3 Tage nach der Nadelung an einer Sepsis in einem Krankenhaus, in das sie kurz vor ihrem Tode schon bewußtlos eingeliefert wurde. Nur durch einen Zufall kam die vorhergehende „Heilbehandlung“ heraus.

KLOSE (Heidelberg)

**Ed. Gubler: Der Kurfuscher Wichtermann von Herisau vor Bundesgericht.** Schweiz. med. Wschr. 89, 269 (1959).

**M. Kohlhaas: Die Schweigepflicht des Amtsarztes.** Öff. Gesundh.-Dienst 20, 295—305 (1958).

Der Begriff des Schweigerechtes ist wichtiger als der der Schweigepflicht. Der Amtsarzt unterliegt nicht dem Geheimnisverrat nach § 353b StGB wie KIERSKI meint, sondern der Schweigepflicht nach § 300 StGB; dies schon aus formalen Gründen, denn trotz seiner Eigenschaft als Beamter bleibt der Amtsarzt Arzt im Sinne des § 300 StGB. Vor allem aber erfährt er, sowohl in amtlicher als auch in privater ärztlicher Eigenschaft, Geheimnisse, welche mit der allgemeinen oder konkreten dienstlichen Aufgabe nichts zu tun haben. Der nichtärztliche Vorgesetzte des Amtsarztes unterliegt nur der Schweigepflicht nach § 353b StGB, seine Strafverfolgung ist daher unter Umständen nicht möglich. Hinsichtlich des ärztlichen Vorgesetzten, Gleichgeordneten und Untergebenen gilt, daß auch innerhalb eines zur Verschwiegenheit verpflichteten Kreises das Schweigeverbot besteht. Die echten Pflichtenkollisionen bei konkurrierenden Interessen sind beim Amtsarzt relativ selten, sie beziehen sich in der Regel auf die nebenher zu seiner Kenntnis gelangten Geheimnisse. Der weitere — überwiegende — Teil des Aufsatzes befaßt sich mit der allgemeinen Problematik des Berufsgeheimnisses, zum Teil unter Herausstellung neuer, wichtiger Gesichtspunkte. Eine besondere Gefahr sieht der Verf. in einer Entwicklung der Rechtssprechung ins Gemeinschaftsethische. Es entspricht dies der Tendenz, den

Arzt strafbar oder haftpflichtig für die Folgen zu machen, welche aus einer Inanspruchnahme des Schweigerechtes entstehen. Das würde wegen des untragbaren Risikos zum Ende jeder Schweigepflicht führen.

ELBEL (Bonn)

**B. Mueller: Die ärztliche Schweigepflicht des Amtsarztes.** [Inst. f. gerichtl. Med., Univ., Heidelberg.] Öff. Gesundheits-Dienst 20, 306—363 (1958).

Das Thema wird übersichtlich nach den Hauptarbeitsgebieten des Amtsarztes behandelt: allgemeiner Dienstbetrieb, Fürsorge, Bekämpfung ansteckender Krankheiten, Suchtbekämpfung, Schulgesundheitspflege, Verkehrsmedizin, Gutachtentätigkeit. — Beim Fürsorgepatienten entsteht in der Regel ein echtes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, daraus sind alle Konsequenzen hinsichtlich der Schweigepflicht zu ziehen. Besondere Vorsicht wird bei Auskünften an Angehörige empfohlen. Bei der Tuberkulosefürsorge ist in manchen Fällen eine gesetzliche Meldepflicht vorgesehen, darüber hinaus tritt aber gerade hier die Notwendigkeit der Entscheidung zwischen kollidierenden Pflichten (z. B. Arbeitsamt) nicht selten auf. Bei der Suchtbekämpfung ist streng zu unterscheiden, ob der Amtsarzt als Beamter (z. B. Kontrolle der Opiumbücher) tätig wird oder als Arzt. Im ersten Fall entsteht meist gar keine Schweigepflicht, wohl aber bei der fürsorglichen Betreuung. Der Schularzt darf seine Befunde uneingeschränkt den Eltern (der minderjährigen Kinder) mitteilen, den Lehrern jedoch nur nach strenger Prüfung der Notwendigkeit, wenn keine Einwilligung der Eltern vorliegt. Musterungsärzte haben keinen grundsätzlichen Anspruch auf Auskünfte eines Amtsarztes. Immer häufiger werden die Fälle, in denen ein Gesundheitsamt Kenntnisse erlangt, welche die Eignung eines Kraftfahrers zur Teilnahme am Verkehr in Frage stellen. MUELLER meint, daß hier der beste Weg ein Wink an das Kraftverkehrsamt sei, den Betroffenen einer ärztlichen Untersuchung zuzuführen. Während (s. dazu auch die vorstehend referierte Arbeit) beim praktischen Arzt eine Strafbarkeit oder Haftung für Folgen einer Nichtmeldung ausscheiden dürfte, ist dies beim Amtsarzt mit Rücksicht auf seine besondere Verpflichtung zur Präventivmedizin und gegenüber der Öffentlichkeit durchaus fraglich. Als Sachverständiger vor Gericht hat der Amtsarzt weder besondere Pflichten noch Rechte, als ein anderer ärztlicher Sachverständiger, er darf selbstverständlich nicht ohne weiteres Auskünfte aus den Akten des Gesundheitsamtes geben. Zu dieser besonderen Frage werden eine Reihe instruktiver Beispiele gegeben. Aus bekanntgewordenen Fällen von Verfahren wegen Schweigepflichtverletzung läßt sich ableiten, daß für den Amtsarzt Verwicklungen durch die Weitergabe von Akten (auch von Amt zu Amt) entstehen können. Ganz allgemein ist zu empfehlen, bei der Berufung auf die Amtspflicht oder auf eine Pflichtenkollision möglichs zurückhaltend zu sein, schon um das Berufsgeheimnis nicht auch auf diesem Wege aufzuweichen. Es ist zweckmäßig, die Gründe für die getroffene Entscheidung in einer Aktennotiz niederzulegen.

ELBEL (Bonn)

**E. Kuntz und W. Schmidt: Zur Frage der Herausgabepflicht von Krankenunterlagen.** [Med. Klin., Univ., Gießen.] Medizinische 1958, 2068—2072.

Die unglückliche Fassung von § 106 Abs. 3 StGB, nach welchem der Vorsitzende der Kammern der Sozialgerichte Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Sektions- und Untersuchungsbefunde sowie Röntgenbilder beiziehen kann, ist vielfach im Schrifttum besprochen worden. Unter Anführung von Äußerungen aus dem Schrifttum stellen sich Verf. auf den auch sonst vertretenen Standpunkt, daß der Arzt des Krankenhauses nicht verpflichtet ist, die Krankengeschichte herauszugeben, auch dann nicht, wenn ihm die Zustimmung des Betroffenen mitgeteilt wird. In der Krankengeschichte können — wie auch sonst im Schrifttum ausgeführt wird — Einzelheiten enthalten sein, die das Verfahren nichts angehen, die in der Geheimsphäre des Betroffenen bleiben und die nicht aktenkundig gemacht werden dürfen. Manche Sozialgerichte sind dazu übergegangen, die Oberärzte der Kliniken und Krankenhäuser als sachverständige Zeugen vorzuladen. Dieser Ladung kann sich der Oberarzt nicht entziehen, doch erfolgten mitunter diese Ladungen so häufig, daß dadurch Störungen des Dienstbetriebes eintreten. Verf. sind der Auffassung, man sollte mit der Kammer übereinkommen, daß genau formulierte Fragen der Sozialgerichte schriftlich beantwortet werden. B. MUELLER (Heidelberg)

**ZPO § 406 Abs. 1 (Befangenheit eines medizinischen Sachverständigen).** Der Arzt, in dessen Behandlung der Verletzte stand oder steht, setzt sich als Sachverständiger im Rechtsstreit der Ablehnung wegen Befangenheit aus, wenn er sich bereit erklärt hatte, für den Haftpflichtversicherer des Schädigers ein Gutachten, und sei es auch nur ein Formulargutachten, zu erstatten, ohne daß das Einverständnis des Verletzten

ihm gegenüber ausdrücklich erklärt war. Dies gilt auch dann, wenn die Erstattung des Gutachtens infolge Verweigerung des Einverständnisses des Verletzten unterblieben ist. [OLG Stuttgart, Beschl. v. 10. VI. 1958 — 2 W 32/58.] Neue jur. Wschr. A 11, 2122—2123 (1958).

**BGB §§ 276, 839 (Testamentsaufnahme im Krankenhaus, Amtspflichtverletzung).** Wünscht der Patient eines öffentlichen Krankenhauses, vor einer Operation noch ein Testament zu errichten, dann ist das Krankenhaus nicht verpflichtet, ihm in dieser Angelegenheit rechtlich zu belehren, aber unter Umständen gehalten, ihm die Erfüllung seines Wunsches in anderer Weise zu erleichtern. Amtspflicht der für das Krankenhaus zuständigen Kommunalorgane ist es, durch entsprechende organisatorische Maßnahmen für die Erfüllung dieser Pflichten Vorsorge zu treffen. [BGH, Urt. v. 13. II. 1958 — III ZR 187/56 (Braunschweig).] Neue jur. Wschr. A 11, 2107—2108 (1958).

**ZuSEntschG § 3 Satz 2 (erhöhter Stundensatz auch für Reise und Wartezeit).** Erfordert die Tätigkeit des Sachverständigen besondere fachliche Kenntnisse, so ist er für seinen ganzen Zeitaufwand, einschließlich Reise- und Wartezeiten, nach dem erhöhten Stundensatz zu entschädigen. [OLG Stuttgart, Beschl. v. 20. V. 1958 — 2 OJs 32/57.] Neue jur. Wschr. A 11, 2128 (1959).

**ZuSEntschG § 3 (Entschädigungen von Sachverständigen).** Reise- und Wartezeiten können auch bei einem hochqualifizierten Sachverständigen nur mit dem normalen Stundenhöchstsatz von 5.— DM vergütet werden. [OLG Hamm, Beschl. v. 10. V. 1958 — 3 Ws 466/57.] Neue jur. Wschr. A 11, 2126—2128 (1958).

**M. Kohlhaas: Richter als Sachverständige.** Med. Sachverständige 54, 255—256 (1958).

In einem Gericht saß als Schöffe ein Metzgermeister; zu entscheiden war über eine angemessene Höhe der Fleischpreise. Das Gericht sah von Zuziehung eines Sachverständigen ab, da einer der Richter Sachverständiger war. Der BGH hat diese Auffassung gebilligt. Es ist nach seiner Ansicht auch nicht notwendig, daß die übrigen Richter einschlägige Kenntnisse haben. Verf. findet diese Entscheidung nicht unbedenklich. Wenn sich unter den Schöffen oder Geschworenen ein Arzt befindet, könne womöglich ein Gericht aus dem gleichen Grunde davon absehen, einen ärztlichen Sachverständigen zu hören. B. MUELLER (Heidelberg)

**Georg Herold: Einige juristische Erläuterungen zur Arzneimittelverordnung.** Med. Mschr. 13, 43—46 (1959).

Verf. bespricht die bekannten gesetzlichen Bestimmungen, nach denen nur der Arzt berechtigt ist, gewisse Arzneimittel zu verschreiben, die grundsätzliche Verordnungsfreiheit des Arztes und wieweit sie gelegentlich durch den Willen des Patienten eingeschränkt werden kann, die Bestimmungen der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung und die Beschränkung der Verordnungsfreiheit für den Kassenarzt (im ganzen nichts Neues). B. MUELLER (Heidelberg)

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

**W. G. Glenn, G. F. Lanchantin, R. B. Mitchell and I. W. Marable: Analysis of normal and abnormal human-antihuman precipitin reactions in agar columns.** (Analyse normaler und abnormaler human-anti-human Präcipitin-Reaktionen in Agar-Säulen.) Tex. Rep. Biol. Med. 16, 320—332 (1958).

Normale Seren zeigen mit Kaninchen-Antiserum gegen menschliches Serum in einer Agar-Diffusionssäule vergleichbare multizonale Diffusionskurven. Es besteht keine Korrelation der