

P. Berner und W. Spiel: Jugendliche Opferstockdiebe. Ein Beitrag zur Primitivreaktion bei Jugendlichen. [Psychiat.-Neurol. Univ.-Klin., Wien.] *Nervenarzt* **32**, 114—119 (1961).

Verff. berichten über drei jugendliche Opferstockdiebe, die aus einer größeren Kasuistik ausgewählt, beispielhaft für die Eigenart solcher Delinquenten sein sollen. Es wird mit vorwiegend psychoanalytischen Gedanken argumentiert und von Störungen im Identitätserleben gesprochen. Es heißt abschließend: „Alle diese Jugendlichen haben ihr Delikt im Pubertätsalter verübt, das ja besonders zu Identitätskrisen neigt. Die besondere Art, wie diese ‚primitiven‘ Jugendlichen solche Identitätskrisen in einem magisch-blasphemischen Symbolakt zur Darstellung bringen, rechtfertigt den hierfür gewählten Begriff der ‚Primitivreaktion‘.“ BRESSER⁵⁰

Kunstfehler, Ärztereht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

G. Marrubini e M. L. Bozza: La diagnosi chimico-tossicologica negli incidenti da anestesia. (Die chemisch-toxikologische Diagnose bei Narkosezwischenfällen.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz. e Clin. Neurochir., Univ., Milano]. [16. Congr., Soc. ital. di Med. leg. e Assicuraz., Firenze, 26.—29. IX. 1959.] *Minerva med.-leg.* (Torino) **81**, 166—167 (1961).

Die reichlichen Literaturangaben über Narkosetodesfälle veranlaßten Verff. zu einer Ausarbeitung derselben vom gerichtsmedizinischen Standpunkt. Während der qualitative Nachweis der meisten Anaesthetica keine Schwierigkeiten bietet, entstehen diese beim quantitativen Nachweis und bei Bewertung der Ergebnisse zu forensischen Zwecken. GIOVANNA GROSSER (Padua)

Marcela Klimová: Beitrag zum Problem der plötzlichen Tode auf dem Operationstisch. [Wehrmachtsinstitut f. gerichtl. Medizin, Prag.] *Soudní lék.* **5**, 37—42 mit dtseh., franz. u. engl. Zus.fass. (1961). [Tschechisch.]

Ein 19jähriger Junge wurde unter der Diagnose Appendicitis eingeliefert, die Operation ordnungsgemäß vorbereitet und unter Penthothalnarkose durchgeführt. Bei der Operation plötzlich eintretende Cyanose, man mußte feststellen, daß Patient erbrochen und aspiriert hat. Bei der Obduktion wurde ein Aspirationstod festgestellt. Weiter war es aber bemerkenswert, daß Patient Träger eines leichteren bis mittelschweren Hydrocephalus internus gewesen war. Entzündliche Veränderungen am Gehirn konnten aber nicht festgestellt werden. Indikation zur Operation war gegeben, diese wurde, ebenso wie die Narkose, fehlerfrei durchgeführt. Nach Auffassung der Autorin war es aber unvorhergesehener Weise bei der Narkose zur Hirnschwellung und den dadurch bedingten Erbrechen gekommen, das dann zur tödlichen Aspiration geführt hat. NEUGEBAUAR (Münster i. Westf.)

W. Perret: Die „besondere Buchführung“ bei Drains und Tamponadestreifen. *Med. Klin.* **55**, 378—379 (1960).

R. Piedelièvre et L. Cotte: L'apport médico-légale à la notion de responsabilité. (Der gerichtsmedizinische Einfluß auf die Begriffsbestimmung der Verantwortlichkeit.) *Sem. méd.* (Paris) **37**, 437—440 (1960).

Eingangs wird ausführlich ausgeführt, daß der Gerichtsmediziner eine wesentliche Rolle als Helfer der Justiz spielt, da er Art und Auswirkung der Verletzung feststellt. Das französische Recht unterscheidet bei der strafrechtlichen Verantwortlichkeit zwischen absichtlich und unabsichtlich beigebrachten Verletzungen. Die absichtliche Tat setzt voraus, daß der Täter die Tat und ihre Folgen gewollt hat. Natürlich hat sich das medizinische Gutachten nicht mit der Frage der Absichtlichkeit zu befassen, wohl aber mit dem Geisteszustand zur Tatzeit. Das Vorhandensein einer körperlichen Verletzung ist zwar keine unbedingte Voraussetzung für eine Übertretung, aber selbstverständlich ist in der Praxis der Grad der Verletzung die Basis der strafrechtlichen Beurteilung. Wenn nämlich die Arbeitsunfähigkeit weniger als 8 Tage dauert liegt eine Übertretung vor, dauert sie mehr als 8 Tage wird das Delikt durch das „tribunal correctionnel“ geahndet. Wenn schließlich der Tod des Opfers eintrat, kommt das Verbrechen vor das Geschworenengericht (cour d'assises). Die Verff. meinen nun, daß dem Gerichtsmediziner, der sehr gut weiß, daß die Schwere der Verletzung keineswegs nur vom Willen des Täters, sondern auch vom

Zustand des Opfers und dem Zufall abhängt, dieses Verfahren recht hart erscheint. Sie erläutern dies an mehreren Beispielen. Es folgt daraus, daß der Gerichtsmediziner die Pflicht hat möglichst genaue Erläuterungen aller Umstände zu geben, die zur Entstehung der Verletzung eine Rolle gespielt haben. Bei den unabsichtlich zugefügten Verletzungen handelt es sich um solche, die durch Ungeschicklichkeit, Nachlässigkeit, Unaufmerksamkeit, Unvorsichtigkeit oder Nichtbeachtung von Vorschriften verursacht wurden. Gerade in diesen Fällen hat die Justiz die Aufgabe zur Vermeidung alle Bürger zur Voraussicht der Folgen ihrer Taten zu erziehen. Abschließend meinen die Verf., daß ihnen die Vorstellung eines besseren Schutzes der Gemeinschaft, nicht nur hinsichtlich der Wiederherstellung des Schadens und der Verurteilung des Täters, sondern auch zur Verhütung von Rückfällen, die wesentlichste Basis des strafrechtlichen und zivilen Verantwortlichkeitsbegriffes darzustellen scheint.

MARESCH (Graz)

R. Schmelcher: Unterlassung einer Krebsbehandlung nach den Regeln der Schulmedizin — Krebsbehandlung mit Mitteln der Augendiagnostik. Dtsch. med. Wschr. 86, 1313—1314 (1961).

Ein homöopathischer Arzt, der auch Augendiagnostik trieb, hatte eine an einem Collumcarcinom leidende Frau etwa 9 Monate lang ärztlich behandelt. Als sich ihr Befinden weiterhin verschlechterte, zog sie eine Universitäts-Frauenklinik zu Rate, sie starb an den Folgen ihres Krebsleidens. Der Arzt war von der Strafkammer wegen fahrlässiger Körperverletzung zu einer Geldstrafe verurteilt worden. Eine fahrlässige Tötung hatte das Gericht deshalb nicht festgestellt, weil die Erfolgsaussichten für eine Heilung nur bei 70 % lagen. Die Revision beim BGH wurde zurückgewiesen mit der Begründung, daß ein Arzt, der im Gegensatz zur sog. Schulmedizin steht, sich über deren Erfahrungen nicht hinwegsetzen darf, und zwar besonders dann, wenn es sich um Krebs handelt. Eine Gesundheitsbeschädigung liegt nach Ansicht des BGH auch dann vor, wenn durch ein fahrlässiges Verhalten eine Krankheit zwar nicht hervorgerufen, aber gesteigert wird (Urteil vom 21. 6. 60, 1 StR 186/60).

B. MUELLER (Heidelberg)

W. Loewe: Kritische Bemerkungen zum BGH-Urteil einer Krebsbehandlung mit Mitteln der Augendiagnostik. (BGH-Urteil vom 21. VI. 1960.) Dtsch. med. Wschr. 86, 1314—1315 (1961).

Unter Berufung auf das einschlägige Schrifttum führt Verf. zu dem oben zitierten Urteil des BGH aus, daß man unterscheiden müsse zwischen falscher Diagnose und falscher Behandlung. Sei die Diagnose gar nicht gestellt worden, so könne man den Arzt nicht wegen den Folgen der falschen Behandlung verurteilen. Eines schließe das Andere aus, das Urteil sei in dieser Beziehung nicht ganz klar.

B. MUELLER (Heidelberg)

J.-P. Carlotti: Réflexions sur un jugement récent. (Betrachtungen über ein kürzliches Urteil.) Rev. Prat. (Paris) 11, Suppl. 19, I—III (1961).

Die Verurteilung zweier Ärzte wegen fahrlässiger Tötung eines dreijährigen Kindes durch ein Berufungsgericht wird zum Ausgangspunkt einer kritischen Besprechung der franz. Gerichtspraxis, in der Behandlung von ärztlichen Kunstfehlern. Im vorliegenden Falle wird unter anderem besonders gerügt, daß das Gericht sein Urteil auf das Gutachten nur eines Sachverständigen stützte.

SPANN (München)

V. Dornetzhuber und J. Muránský: Anaphylaktischer Schock nach Penicillingaben. Soudní lék. 5, 42—45 mit dtsh., engl. u. franz. Zus.fass. (1961). [Slowakisch.]

Eine 38jährige Frau litt bereits seit 1953 an einer chronischen Adnexerkrankung. Verschiedentlich wurde ihr Penicillin verabfolgt. Im August 1959 orale Penicillingaben wegen Angina, im Oktober 1959 Otitis media, sie bekam 400000 E Penicillin gluteal. Nach 8 min Unwohlsein, Angstzustände, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Schwindel, zunehmender Verfall, 90 min nach Applikation trat der Tod ein. Die Obduktion bestätigte die Diagnose. Auf einschlägige Beobachtungen des Schrifttums wird hingewiesen.

NEUGEBAUER (Münster i. Westf.)

Dieter Knorre: Rückenmarkserweichung nach intravenöser Asthmolysininjektion. [Path.-Bakteriol. Inst., Krankenh. St. Georg, Leipzig.] Dtsch. med. Wschr. 86, 1615—1618 u. Bild. 1612 (1961).

GG Art. 1, 2, 3, 9, 11, 12, 14; BayVersG Art. 47 Abs. 1 (Pflichtmitgliedschaft bei der Bayer. Ärzteversorgung). Die Pflichtmitgliedschaft der in Bayern tätigen Ärzte bei

der Bayerischen Ärzteversorgung (Art. 47 Abs. 1 Bayer. VersicherungsG) ist mit dem GG vereinbar. [BVerfG, Beschl. v. 25. II. 1960; 1 BvR 239/52.] Neue jur. Wschr. A 13, 619—621 (1960).

G. Herold: Ärztegenossenschaft — ein erfolgreiches Experiment in Viersen. Med. Klin. 56, 1684—1685 (1961).

Die Tageszeitungen hatten darüber berichtet, daß sich in Viersen in Niedersachsen 33 Ärzte auf genossenschaftlicher Basis zusammengeschlossen und ein mit den modernsten technisch-medizinischen Einrichtungen versehenes Institut gegründet hätten (physikalische Therapie, Röntgenabteilung, Medicomechanik, diagnostisches Laboratorium, Krebsberatung). Ohne die in Viersen bestehenden Verhältnisse persönlich kennen gelernt zu haben, berichtet Verf. über die für solche Zusammenschlüsse gültigen Bestimmungen des Genossenschaftsgesetzes; die Mindestzahl der Genossen ist auf sieben festgesetzt worden, die einzelnen Ärzte können unter Innehaltung einer Kündigungsfrist ausscheiden, man kann beschränkte oder unbeschränkte Haftpflicht einführen. Wenn die Einrichtung auch Nichtmitgliedern der Genossenschaft zur Verfügung stehen soll, muß dies in den Statuten besonders vermerkt werden. Wichtig ist nach Meinung des Verf. in solchen Fällen die Aufstellung eines klar gefaßten Genossenschaftsvertrages.

B. MUELLER (Heidelberg)

A. Wiedmann: Die Berufsethik des jungen Mediziners. [II. Univ.-Hautklin., Wien.] Wien. klin. Wschr. 73, 609—612 (1961).

Übersicht.

Arthur A. Levisohn: Voluntary mercy deaths. Socio-legal aspects of euthanasia. (Die sogenannte Sterbehilfe. Soziologisch-forensische Aspekte der Euthanasie.) J. forensic. Med. 8, 57—79 (1961).

Bei einer Meinungserforschung hat sich gezeigt, daß die Mehrheit der gebildeten Bevölkerung einer legalisierten Euthanasie zustimmte. Religiös stärker Gebundene waren unter den Befürwortern am wenigsten vertreten; während Menschen ohne religiöse Ambitionen 100%ig zustimmten. Verf. meint, daß eine Abneigung ausschließlich aus religiösen Gründen nicht dazu berechtigen könne, die Bestrafung für eine sog. Sterbehilfe (Voluntary Euthanasia) den Strafgerichten zu überlassen. Religiöse Gesichtspunkte lassen sich nicht auf jene anwenden, die anderer Meinung sind, vor allem, wenn sie nicht entscheidend für die Allgemeinheit sind. Religiöse Gründe und Mystifizierungen dürften nicht dem Fortschritt im Wege stehen. GERCHOW (Kiel)

G. Herold: Der Strafantrag bei Verletzung des ärztlichen Berufsgeheimnisses. Med. Mschr. 15, 697—698 (1961).

Theoretische Erörterungen ohne Kasuistik. Antragsberechtigt ist der Verletzte, meist wird es sich um den Pat. handeln, doch könnte es auch sein, daß der Arzt den Pat. aus seiner Praxis über Beobachtungen berichtet hat, die er an anderen Kranken machte. Dann wären diese antragsberechtigt, selbst dann, wenn der Pat., dem die Mitteilungen unberechtigt gemacht wurden, inzwischen gestorben ist. In den üblichen Fällen geht jedoch das Antragsrecht nicht auf die Angehörigen und auch nicht auf die Erben über. Die Antragsfrist beträgt drei Monate, unter Umständen kann der Strafantrag auch von einem Vertreter des Verletzten gestellt werden, so z. B. vom Ehemann.

B. MUELLER (Heidelberg)

Max Kohlhaas: Zur Herausgabe oder Beschlagnahme von Krankenkarteien. Z. ärztl. Fortbild. 50, 706—710 (1961).

E. Kohlhaas: Zur Frage des prozessualen Schweigerechts und der Schweigepflicht des Arztes. Med. Welt 1961, 1361—1362.

Aus der Entscheidung des BGH vom 28. Okt. 1960, 4 StR 375/60 ist folgender Leitsatz zur Veröffentlichung vorgesehen: „Wird ein zur Hauptverhandlung als Zeuge geladener Arzt von seinem Patienten nicht von der Verschwiegenheitspflicht entbunden, so darf das Gericht ihn nicht ohne weiteres vor der Vernehmung zur Sache entlassen. Es muß ihn vielmehr fragen, ob er von der Möglichkeit, dennoch zur Sache auszusagen, Gebrauch machen will. Diese Frage stellt eine für die Hauptverhandlung wesentliche Förmlichkeit im Sinne des § 273 StPO dar.“ Verf. bemerkt, daß dieser Leitsatz mißverstanden werden könnte. In den weiteren Ausführungen des BGH ist der Vermerk enthalten, das Gericht hätte fragen können, ob die Ärztin (um eine solche handelte es sich) von ihrem Aussagerecht auf die Gefahr hin Gebrauch machen wolle,

daß sie späterhin aus § 300 StGB wegen Verletzung des Berufsgeheimnisses bestraft werde. Wenn ein Arzt in solchen Fällen dennoch aussagt, so ist er nach den bekannten Richtlinien und der Reichsgerichtsentscheidung vom Jahre 1905 nur dann straffrei, wenn er aus einem berechtigten Grunde die Schweigepflicht nicht innehält, etwa wenn er durch seine Aussage verhindern will, daß ein Schuldloser verurteilt wird oder daß eine Familiengemeinschaft zu Bruch geht oder wenn ein epileptischer Lastfahrer trotz der Krankheit seinen Wagen weiterhin steuert usw.

B. MUELLER (Heidelberg)

G. Herold: Impfzwang und Recht auf Impfung. Med. Klin. 55, 119—120 (1960).

R. Siegert und G. Enders-Ruckle: Zur Beurteilung zentralnervöser „Impfschäden“ nach Poliomyelitis-Schutzimpfung mit inaktivierter Vakzine (Salk). [Hyg.-Inst., Univ., Marburg a. d. Lahn.] Dtsch. med. Wschr. 86, 193—199 (1961).

Seit dem Impfunglück 1955 in den USA wurden 8 Todesfälle mit zentralnervösen Symptomen nach Poliomyelitis-Schutzimpfung bekannt, wobei zweimal Typ I des Poliomyelitisvirus isoliert wurde. Über leichter verlaufende zentralnervöse Erkrankungen nach Impfungen wurde schon öfters berichtet. Der Begriff des Impfschadens ist nicht genau definiert. Er könnte z. B. durch den Impfstoff selbst, durch fehlerhafte Impftechnik, durch Provokation latenter Infekte oder als neuroallergische Reaktion bzw. auch durch zufällige Koinzidenz von anderen Erkrankungen mit der Polioschutzimpfung vorgetäuscht werden. Die Problematik der Aufklärung eines sog. Impfschadens wird an acht Beispielen deutlich gemacht, die mit dem ganzen Rüstzeug einer virologisch-serologischen Diagnostik durchuntersucht wurden. Fall 1: Fünfjähriger Knabe, der 24 Std nach erster Salk-Impfung an abakterieller Meningitis erkrankte. Aus Stuhl wurde ECHO-Virus Typ 5 gezüchtet und im Serum ansteigende Antikörper gegen dieses Virus gefunden, was eine ausreichende Erklärung für diesen vermeintlichen Impfschaden gibt. Fall 2: Sechsjähriger Knabe, der 24 Std nach 2. Impfung mit Schmerzen im linken Knie und flüchtiger Parese des linken Beines erkrankte. Serologisch ließ sich ein hoher Antikörperanstieg gegen Typ II nachweisen, was möglicherweise auf eine gleichzeitig abgelaufene Typ II-Poliomyelitis hinweist. In einer Stuhlprobe gelang kein Virusnachweis. Fall 3: Vierjähriger Junge, der 14 Tage nach Erstimpfung in den rechten Oberarm unter Polioverdacht mit flüchtigen Paresen des linken Peroneus und Triceps erkrankt. Im Stuhl Typ I, im Neutralisationstest Anstieg der typenspezifischen Antikörper. Hier ist eine Impfpoliomyelitis nicht auszuschließen, aber auch nicht wahrscheinlich. Fall 4: 13jähriger Junge erkrankt 5 Tage nach 1. Impfung an abakterieller Meningitis. Virologisch-serologisch außer hohem Titer gegen Typ II nichts zu finden. Eventuell lag eine natürliche Typ II-Infektion vor. Fall 5: Zehnjähriger Knabe erkrankte 8 Tage nach 2. Impfung aus Wohlbedin mit Erbrechen und hohem Fieber. Drei Tage später stellten sich Paresen ein, schließlich eine Tetraplegie. Aus Stuhl Polio Typ I-isoliert. Ein signifikanter Titeranstieg ließ sich nicht mehr finden. Kein Zusammenhang zwischen Impfstelle und Lähmungsbeginn. Eine natürlich erworbene Typ I-Infektion ist wahrscheinlicher als ein Impfschaden. Fall 6: Zweijähriges Mädchen, das während eines Infektes geimpft wurde, hatte danach Kopfschmerzen, Mattigkeit und öfters Erbrechen. Sieben Tage später Krämpfe, herpesartige Bläschen am rechten Mundwinkel und zwölf linsengroße erhabene Effloreszenzen auf Brust und Rücken. Im Kreislaufkollaps Exitus. Serologische Untersuchungen sprachen für eine toxische Influenza A 2 zusammen mit Herpesinfektion. Fall 7: Dreijähriges Mädchen, das 24 Tage nach 1. Impfung an einer Schenkelhernie operiert wurde und an einer Staphylokokkensepsis starb, die zuletzt auch eine Meningitis verursacht hatte. Fall 8: Sechsjähriger Knabe, der 6 Wochen nach Zweitimpfung an abakterieller Meningitis erkrankte. Aus Stuhl wurde Coxsackievirus Typ B 4 isoliert und die typenspezifischen Antikörper stiegen an. Danach bleiben nur die Fälle 3, 4 und 5 als mögliche Impfschäden übrig, weil die Polioerkrankungen innerhalb von 28 Tagen nach der Impfung auftraten, doch war eine Beziehung zwischen Impfstelle und Lähmungslokalisation nie nachweisbar. Es ist demnach nicht möglich, die nur extrem selten zu erwartenden Impfpoliomyelitiden mit Sicherheit zu erkennen. Dies ist zur Zeit nur möglich, wenn die für das Impfunglück in den USA charakteristischen epidemiologischen Gegebenheiten nachweisbar sind. VIVELL (Freiburg)^{oo}

Heger: Rechtsfragen bei der Absonderung von Kranken und Krankheitsverdächtigen. Med. Sachverständige 56, 40—41 (1960).

Egon Wilke: Unterliegt ein Arzt als Theaterarzt dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung? Med. Sachverständige 57, 89—90 (1961).

Verf. ist stellvertretender Geschäftsführer beim bremischen Gemeinde-Unfallversicherungsverband. Wenn der Arzt vom Theaterdienst in einem Dienstverhältnis steht, wenn es sich also

um einen Krankenhausarzt handelt, so ist er nach Meinung des Verf. bei Unfällen auf dem Weg zum und vom Theater und im Theater durch die zuständige Berufsgenossenschaft gedeckt. Ist er frei praktizierender Arzt, so liegen die versicherungsrechtlichen Verhältnisse schwierig. Die Berufsgenossenschaften haben sich verschieden eingestellt; da aber die meisten Ärzte sich in einer privaten Unfallversicherung befinden, dürften sie auch bei dieser Tätigkeit gegen Unfall gedeckt sein.

B. MUELLER (Heidelberg)

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

● Jean Gayet: *Manuel de police scientifique. Les traces. Les expertises d'armes. Les incendies et les explosions. Les faux en écriture: textes dactylographiés et textes manuscrits. Les fausses monnaies.* Préface de JACQUES BOURRET. (Bibl. Scient.) (Handbuch der kriminalwissenschaftlichen Spurensicherung. Die Spuren. Schußwaffenuntersuchungen. Brände und Explosionen. Die Fehler in Hand- und Maschinenschriften. Falschgelduntersuchungen. Vorwort von JACQUES BOURRET.) Paris: Payot 1961. 462 S. u. 23 Abb. NF 31.—

Das 462 Seiten umfassende Werk der kriminaltechnischen Spurenuntersuchung ist mit 23 Abb. illustriert. Das Buch gibt eine sehr eingehende, bis in Einzelheiten sich erstreckende Schilderung der Arbeitsmethoden der Kriminaltechnik. Dabei wird nicht nur die Methode selbst, sondern in vielen Fällen, z. B. bei den Fingerabdruckspuren, auch der geschichtliche Werdegang und die Begründung der Beweiskraft erörtert. Neben der Technik der Abnahme der Fingerabdrücke wird auch das Verwerten und Verändern derselben besprochen. Besonders wertvoll ist es, daß neben den Methoden auch die Anwendungsmöglichkeiten erörtert werden; so bei den Fingerabdrücken die Identifizierung unbekannter Leichen, wobei durch die Differenzierung auf kurz verstorbene Personen und solchen, die bereits in Verwesung begriffen sind, wertvolle Einzelheiten erklärt werden. Die Aufstellung der Abdruckformeln sowie die Erklärung der verschiedenen Typen von Fingerabdrücken wird in allen Einzelheiten gebracht. Auch die Bestimmung des zu dem Abdruck gehörigen Fingers und wertvolle Hinweise für die Suche nach dem Täter wird gegeben. Neben den Fingerabdrücken werden auch die der Handflächen und der Fußsohlen eingehend behandelt. Das Gebiet der Spurenuntersuchungen wird dann auf Zahn- und Lippenabdrücke sowie Fingernagelspuren und Fußspuren ausgedehnt. In den Bereich dieser makroskopischen Formspuren gehören auch die Werkzeugspuren, deren Rolle eingehend erläutert wird, sowie die Spurentypifizierung. Die Beweiskraft der Spurentypifizierung wird eingehend erörtert, ebenso auch die Sicherung derartiger Werkzeugspuren. Darüber hinaus behandelt der Verf. auch die materialmäßige Identifizierung von Werkzeugen durch anhaftende Partikel sowie die Methode der Paßstücke eines am Tatort zurückgebliebenen Bruchstückes mit dem beim vermutlichen Täter gesicherten. Die Anwendung dieser Werkzeugspurenauswertung auf Fälle von Fahrerflucht wird eingehend behandelt. — Im zweiten Abschnitt dieses ersten Teils werden die schußwaffentechnischen Untersuchungen gebracht, insbesondere die Identifizierung von Geschossen und Hülsen. Die Art der Darstellung entspricht der, wie sie bei den daktyloskopischen Untersuchungen angewandt wurde. Neben der praktischen Seite der Geschößspurenauswertung wird auch die Geschichte dieser Methode erläutert. Neben der Bedeutung der Züge und Felder für die Identifizierung von Geschossen wird auf die Merkmale der verschiedenen Fabrikate, wie Anzahl, Richtung, Neigungswinkel, Breite der Rillen, Besonderheiten bei Hülsen und Geschossen hingewiesen und der Mechanismus der Erzeugung eingehend erläutert. Auch die Typenbestimmung der benutzten Waffe sowie die Durchführung von Vergleichsschüssen und die dabei besonders zu beachtenden Gesichtspunkte hat der Verf. besonders eingehend behandelt. — Im zweiten Teil dieses Spurenschnittes wird die Untersuchung von Kleidungsstücken, und zwar der charakteristischen Merkmale eines Risses sowie die Untersuchung von Ein- und Ausschußöffnungen und die Schußentfernungen behandelt. Neben der vom Verf. angegebenen Nitratreaktion mittels Diphenylamin hätte hier auch noch die Bestimmung der Schußentfernung mittels des spektrographischen Blei-, Antimon- und Bariumnachweises gebracht werden können. — Im dritten Teil dieses Abschnittes 2 wird die Untersuchung von abgeprallten Geschossen, die der Waffe und die Feststellung von Nitraten auf der Hand des Schützen erörtert. — Der dritte Abschnitt des Buches bringt Brände und Explosionen, indem zunächst auf die Ver-