

schizophrenen Prozesses anzusehen, nicht zutrifft. Es seien keine Kennzeichen zu ermitteln, daß sich der Zwangsimpuls schizophrener Täter von dem nicht kranker Individuen unterscheide. Mit Hilfe der Analyse des Täters sei es möglich, die im Verlaufe psychogener Reaktionen begangener Verbrechen von solchen zu unterscheiden, die im Verlauf einer Psychose begangen seien. Der Impuls zu handeln, stelle kein spezifisches Symptom der Schizophrenie dar, sondern sei vielen Triebhandlungen gemeinsam, die von nicht psychotischen Tätern begangen würden.

GREINER (Duisburg)

O. Ye. Freyerov: **Studies of criminal tendencies of psychopathic persons from the viewpoint of prophylaxy of criminality.** Sudebno-med. eksp. (Mosk.) 10, Nr. 4, 40—46 mit engl. Zus.fass. (1967) [Russisch].

Shûfu Yoshimasu: **Verstiegenheit, Verschrobenheit und Maniertheit; aus Notizen eines Strafgefängnisses.** Acta Crim. Med. leg. jap. 33, 223—227 (1967) [Japanisch].

Elg Elgesem: **Die juristische Grundlage für die Gewaltausübung der Polizei.** Nord. kriminaltekn. T. 37, 41—50 (1967) [Norwegisch].

StPO § 52 Abs. 2 (Belehrung eines Kindes über Zeugnisverweigerungsrecht). Ein Kind, das die Bedeutung seines Zeugnisverweigerungsrechts wegen fehlender Verstandesreife nicht begreift, muß darüber belehrt werden, daß es trotz der Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters zur Aussage nicht auszusagen braucht (im Anschluß an *BGHSt.* 14, 159 = *NJW* 60, 1396). [BGH. Beschl. v. 19. 9. 1967 — 5 StR 456/67 (LG Stade)] *Neue jur. Wschr.* 20, 2273 (1967).

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

● Jerzy Sawicki: **Blad sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym, doktrynie i orzecznictwie.** (Der Kunstfehler beim ärztlichen Eingriff im Strafrecht.) Warszawa: Panstwowe Wydawnictwo Nauk. 1965. 205 S. (Polnisch) z. 20.—

● **Sammlung von Entscheidungen der ärztlichen Berufsgerichte.** Hrsg. von WALTER KALLFELZ. Köln-Lindenthal: Bundesärztekammer 1967. 361 S.

Die begrüßenswerte Entscheidungssammlung gibt, wenn leider auch nicht repräsentativ, einen guten Überblick über das, was von dem Berufsgericht der einzelnen Länder als standeswidrig angesehen wurde. Von besonderem gerichtsmedizinischen Interesse dürfte hierbei ein freisprechendes Urteil betreff Ausstellung einer sachlich unrichtigen Todesbescheinigung sein (S. 32ff.). Juristisch bemerkenswert sind ferner die Urteile, welche verfahrens- oder verfassungsrechtliche Fragen betreffen (z. B. ne bis in idem, Verfassungskonformität). Es wäre wünschenswert, daß die Entscheidungssammlung, auch im Hinblick auf divergierende Urteile, durch einen Kommentar ergänzt wird.

LIEBHARDT (Freiburg i.Br.)

Hans Hinderer: **Über die Grundsätze der Verantwortlichkeit des Arztes nach dem Entwurf des Strafgesetzbuches der Deutschen Demokratischen Republik.** Akt. Fragen gerichtl. Med. 2, 39—44 (1967).

Es werden allgemein bekannte Probleme der strafrechtlichen Verantwortlichkeit des Arztes behandelt. Die Einhaltung der Schweigepflicht wird im Interesse des Vertrauensverhältnisses Arzt—Patient gefordert. Anzeigepflicht besteht bei schweren Verbrechen, auch Versicherungsbetrug berechtigt zur Brechung der Schweigepflicht. Aufklärung und Einwilligung des Patienten sind rechtliche Voraussetzung für belastende und gefährdende Eingriffe, daneben wird auf die Beachtung psychotherapeutischer Gesichtspunkte hingewiesen. Für die Beurteilung eines ärztlichen Versagens ist lediglich die Schuld, nicht der Mißerfolg entscheidend. Zur Klärung eines strafbaren Verhaltens ist ein medizinisches Sachverständigengutachten erforderlich. Nicht jedes Versagen muß strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen, es können auch disziplinarische Maßnahmen ergriffen werden. — Die Definition der Schuld im Entwurf des StGB der DDR geht von einer verantwortungslosen Entscheidung zum (Fehl-)Handeln aus. Wegen Fahrlässigkeit soll nur derjenige bestraft werden, der seine Pflichten bewußt verletzt oder die Möglichkeit

einer Schädigung bewußt zugelassen hat, ausnahmsweise auch bei Entscheidungen aus „verantwortungsloser, gedankenloser Gleichgültigkeit“ heraus. Für den leitenden Arzt gelten die gleichen Prinzipien der persönlichen Verantwortlichkeit, er trägt zwar erhöhte Verantwortung durch seine Aufsichtspflicht, haftet aber nicht mechanisch für sämtliche Fehlhandlungen seiner Mitarbeiter. Es wird auf die Notwendigkeit der genauen Absteckung der Verantwortungsbereiche der Mitglieder einer Arbeitsgemeinschaft hingewiesen.
G. GESERICK (Berlin)

M. R. Francillon: Bilaterale zentrale Hüftgelenkluxation durch Elektroschock. [Orthopäd. Univ.-Klin. Balgrist, Zürich.] Praxis (Bern) 57, 178—179 (1968).

Wilhelm Uhlenbruck: Medizinische Indikation und lex artis. Dtsch. med. Wschr. 93, 45—48 (1968).

Bei den Ausführungen zu Fragen der medizinischen Indikation wird besonders betont, daß die Indikation nicht mit dem Begriff der Erforderlichkeit einer ärztlichen Maßnahme gleichzusetzen ist. Gefährlichkeit der beabsichtigten Maßnahme, Risiko und Schwere des Eingriffes, Erfolgsaussichten und erstrebter Zweck der Heilbehandlung müssen im Sinne der Interessenabwägung in angemessenem und vernünftigem Verhältnis zueinander stehen. Zu dem Begriff des „Ärztlichen Kunstfehlers“ wird ausgeführt, daß dieser kein juristischer, sondern ein medizinischer ist, dessen Vorliegen nur mit Hilfe des Sachverständigen festgestellt werden kann. Der Begriff bestimme sich objektiv und wert-neutral. Besonders betont wird, daß der ärztliche Kunstfehler nicht darüber aussagt, ob der Arzt sich auch schuldhaft verhalten hat. Die lex artis gibt lediglich den objektiven Pflichtenmaßstab.
LIEBHARDT (Freiburg i. Br.)

R. Hauffe: Zur ärztlichen Schweigepflicht im sozialgerichtlichen Verfahren. [10. Fortbildungsk., Soz.-Med. Begutachtungskunde f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 5. bis 7. X. 1966.] Med. Sachverständige 63, 105—109 (1967).

In Fällen, in denen der Arzt im sozialgerichtlichen Verfahren nach Entbindung von der Schweigepflicht nicht bereit ist, die Krankenpapiere vorzulegen, weil damit Tatsachen bekannt gemacht würden, die dem Patienten selbst nicht bekannt sind, oder weil im Interesse Dritter ein Bekanntwerden nicht tunlich erscheint, ist daran zu denken, daß durch die Verweigerung der Herausgabe die gerichtliche Wahrheitsforschung beschränkt bzw. lahmgelegt werde. Für diese Fälle wird der Vorschlag gemacht, daß anstelle der Herausgabe der Krankenpapiere dem Gericht die Erteilung einer schriftlichen Auskunft angeboten wird. In dieser schriftlichen Auskunft kann der Arzt seinen Beitrag zur medizinischen Wahrheitsforschung unter Umständen in umschriebener Form leisten, den der gesetzlich zur Amtsverschwiegenheit verpflichtete Richter benötigt. Ferner wird angeregt, geheimzuhaltende Erkrankungen auf einem selbständigen Blatt als solche gekennzeichnet mitzuteilen.
SPANN (Freiburg)

M. Kohlhaas: Schweigepflicht und Schweigerecht des Arztes. Bemerkungen zu P. BOCKELMANN, Münch. med. Wschr. 109, 7, 365—376 (1967), und P. BOCKELMANN: Schlußwort. Münch. med. Wschr. 109, 2708—2711 (1967).

Verf., Bundesanwalt in Karlsruhe, nimmt meist zustimmend Stellung zu den Ausführungen von BOCKELMANN [Ref. s. d. Z. 61, 229 (1967)]. Bei Gewissenskonflikten entscheidet der Arzt allein, auf welcher Seite das höherwertige Interesse liegt. Ein Gericht kann ihm seine Einstellung nicht vorschreiben. Das Berufsgeheimnis gilt grundsätzlich auch gegenüber den Angehörigen; der Arzt muß selbst entscheiden, wie weit er den Angehörigen die Befunde mitteilt. Weder der Patient noch seine Angehörigen können dem Arzt vorschreiben, diesen oder jenen Befund zu kaschieren. Ob er die Krebsdiagnose nur den Angehörigen mitteilt oder in vorsichtiger Form dem Patienten selbst, muß ihm überlassen bleiben.
B. MUELLER (Heidelberg)

Herbert Buchner: Die Beurteilung des Verschuldens im Bürgerlichen Recht. Neue jur. Wschr. 20, 2381—2387 (1967).

Verf. erörtert im Hinblick auf zwei höchstgerichtliche Urteile (Bundesarbeitsgericht v. 18. 1. 1966, Bundesgerichtshof v. 20. 12. 1966) die Frage, ob hinsichtlich ein und desselben schadenstiftenden Verhaltens die Fahrlässigkeit bzw. das Verschulden des Schädigers im Verhältnis zu einem Geschädigten anders beurteilt werden kann als im Verhältnis zu einem Dritten. Das Bundesarbeitsgericht hat dies für einen Fall bejaht, in dem ein Arbeitnehmer einen Arbeitskollegen verletzt hatte. Die Beantwortung der Frage wird durch die unterschiedliche Verwendung der Begriffe Fahrlässigkeit, Schuld und Verschulden erschwert. Der Bundesgerichtshof hat in dem zitierten Urteil ausgeführt, bei gleichem Verhalten könne der Schuldvorwurf gegenüber

einem Anfänger sehr wohl geringer wiegen als gegenüber einem geübten Fahrer, da einem Anfänger eher eine Fehlreaktion unterlaufen könne als einem Geübten, dem seine Erfahrung und Routine zugute kommen. Dies gilt nach Auffassung des Bundesgerichtshofes zumal dann, wenn der Fahrer die geschädigten Fahrteilnehmer über seine geringe Fahrpraxis nicht im unklaren gelassen hat. Verf. erörtert die sich hieraus ergebenden Gesichtspunkte aus rechtsdogmatischer Sicht.
K. HÄNDEL (Waldshut)

H. G. Keune: Rechtsstellung und rechtliche Vertretung von Krankenhäusern und anderen staatlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens. [Inst. f. Planung u. Org. d. Gesundheitssch., Berlin-Lichtenberg.] Z. ärztl Fortbild. (Jena) 62, 137—143 (1968).

Übersicht.

StPO §§ 74, 305 (Rechtsmittel bei Ablehnung eines Sachverständigen). Lehnt der Angeklagte den Sachverständigen ab, der ihn auf seine Zurechnungsfähigkeit und auf seine Verhandlungsfähigkeit hin untersuchen soll, und verwirft das erkennende Gericht das Ablehnungsgesuch, so unterliegt diese Entscheidung nicht der Beschwerde. [OLG Hamburg, Beschl. v. 1. 8. 1967 — 1 Ws 381/67.] Neue jur. Wschr. 20, 2274—2275 (1967).

M. Kohlhaas: Nochmals: Ärztliche Tätigkeit eines Medizinalassistenten in Notfällen [vgl. Med. Welt 18, N. F., 40, 2401 (1967)]. Med. Welt, N.F. 19, 101—102 (1968).

LEITHOFF (Mainz) hatte nach dem Bericht von Verf. sich bei Beantwortung einer Anfrage in der Medizinischen Welt dahin geäußert, ein Medizinalassistent könne in Notfällen therapeutische Eingriffe vornehmen, wenn kein Arzt zur Verfügung stehe (z.B. Injektionen von stark wirkenden Medikamenten); er könne dies aber auch unterlassen, wenn er die Verantwortung nicht übernehmen will. Nach Meinung von Verf. muß in solchen Fällen der Medizinalassistent Therapie übernehmen, soweit er dazu imstande ist. „Übergesetzlicher Notstand, entstanden aus Hilfeleistungspflicht, rechtfertigt immer“, so schließt Verf. seine Ausführungen.
B. MUELLER (Heidelberg)

Friedhelm Böth: Das wissenschaftlich-medizinische Humanexperiment. Neue jur. Wschr. 20, 1493—1496 (1967).

Nach einer grundsätzlichen Diskussion über die Zulässigkeit von Experimenten am Menschen wird eingehend die Frage diskutiert, unter welchen Voraussetzungen die rechtfertigende Einwilligung wirksam ist. Einzelheiten dazu müssen im Original nachgelesen werden. SPANN

K. E. Seiffert: Überblick über den gegenwärtigen Stand der Transplantation von Organen und Geweben. [Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.] Chirurg 38, 255—259 (1967).

Es handelt sich um eine Zusammenfassung von Ergebnissen des Internationalen Transplantationssymposiums vom 6.—8. Oktober 1966 in Bad Homburg. Bei der Grundlagenforschung ist das zentrale Problem der Organtransplantation nach wie vor die Ausschaltung der Immunreaktionen, die zur Abstoßung der homologen Transplantate führen. Alle Bemühungen, dieses Problem zu lösen, bleiben empirisch, solange nicht der Mechanismus der Antikörperbildung bekannt ist. Die außerordentlich große Anzahl der Antikörper wird durch Sequenzvarianten der Aminosäuren in den Polypeptidketten der Antikörper ermöglicht. Die Vielfalt der Antikörper hinsichtlich ihrer ontogenetischen Entwicklung hat jedoch bisher noch keine eindeutige Erklärung gefunden. Das Problem der spezifischen Toleranzinduktion des Empfängerorganismus gegenüber dem Spender, dessen Lösung einer biologischen Transmutation lebender Organismen gleichkäme, bleibt gegenwärtig im Bereich der experimentellen Biologie und bietet der klinischen Organtransplantation in dieser Form noch keine praktisch brauchbaren Möglichkeiten. Unter Hinweis auf tierexperimentelle Studien wird die Ansicht begründet, daß besondere Fortschritte durch die weitere Entwicklung der serologischen Nachweismethoden der Histokompatibilität („tissue typing“), welche die Vermeidung ungeeigneter Empfänger-Spender-Kombinationen ermöglicht, zu erwarten sind. — Unter den Organtransplantationen ist bisher nur die Niere über das tierexperimentelle Stadium entwickelt worden. Für die Koordinierung geeigneter Empfänger und verfügbarer Transplantate ist neben der Histokompatibilitäts-Testung auch

die Möglichkeit der Konservierung des Spenderorgans bis zur Einpflanzung von praktischer Bedeutung. Ein Nierentransplantations-Register nach MURRAY bis zum 15. 3. 1965 wird vom Verf. wiedergegeben. Die homologe Transplantation der Leber, die im Tierversuch bereits Überlebenszeiten von über 2 Jahren erreicht (STARZL), ist beim Menschen bisher noch wenig erfolgreich: Die längste Überlebenszeit liegt gegenwärtig bei 1 Monat. Die unter klinischen Bedingungen notwendigerweise orthotope Homotransplantation von Herz und Lunge ist gegenwärtig auch im Tierversuch nur für kurze Zeit erfolgreich. Für die klinische Anwendung kommen gegenwärtig weder die Leber- noch die Herz- oder Lungentransplantation in Betracht. Im Gegensatz zur homologen Organtransplantation bietet die Verpflanzung der Binde- und Stützgewebe nicht die schwierigen immunbiologischen Probleme. Die günstigen biologischen Eigenschaften devitalisierter Strukturgewebe haben die Errichtung von „Gewebebanken“ ermöglicht, in denen Haut, Knochen, Cornea, Sehnen, Fascie, Dura, Cutis und Nerven in tiefgekühltem, chemisch konserviertem oder gefriergetrocknetem Zustand aufbewahrt werden. Die klinischen Einsatzmöglichkeiten der genannten Gewebetransplantate werden kurz besprochen.

B. SCHYRA (Jena)^{oo}

Max Kohlhaas: Rechtsfragen zur Transplantation von Körperorganen. Neue jur. Wschr. 20, 1489—1493 (1967).

Verf. setzt sich mit den Problemen der Transplantation auseinander und bespricht im einzelnen die Rechtsfragen in bezug auf die die Transplantation vorbereitenden ärztlichen Maßnahmen. Dann beschäftigt er sich mit der Verpflanzung vom Lebenden zum Lebenden und schließlich mit der auf den ersten Blick nicht schwierigen, aber in der Konsequenz besonders weittragenden Verpflanzung vom Verstorbenen weg. Er vertritt die Auffassung, daß mit den alt überkommenen Vorstellungen, wie man den Eintritt des Todes feststellen könne, nicht mehr weitergekommen werden kann, da die Medizin es einerseits ermöglicht hat, unweigerlich todgeweihtes Leben noch künstlich erheblich zu verlängern, sie aber umgekehrt danach strebt, lebenserhaltende Organe möglichst frühzeitig verwerten zu können.

SPANN (Freiburg)

A. Hartwich: Das transplantierte Thema: die Organtransplantation. Vom 22. internationalen Chirurgenkongreß und vom 8. Kongreß der Internationalen Kardiovaskulären Gesellschaft. Z. ärztl. Fortbild. (West-Berl.) 56, 778—782 (1967).

Der Hauptteil des Referats über die beiden Kongresse beschäftigt sich mit der modernen Behandlung der Magen-Duodenum-Geschwüre. Im Vordergrund steht die Frage, ob auch heute noch die klassische Operation des Billroth-II in verschiedenen Modifikationen oder die Vagotomie (zusammen mit der Pyloroplastik oder Gastroentero-Anastomose) zu bevorzugen ist. Es wird über die Ergebnisse der einzelnen Kliniken in bezug auf Letalität und Komplikationen berichtet. Im zweiten Teil wird über die Anwendung heterologer Antilymphocyten-Seren beim Menschen (PICHELMAYR) referiert. STARZL (Denver) verwendete das Antilymphocyten-Serum zusammen mit Azathioprin und Prednison bei homologen Nieren- und Lebertransplantationen. Das schwerste Hindernis bestehe darin, einwandfreie Leichenlebern zur Verfügung zu haben und sie so lange funktionstüchtig zu erhalten, bis sie an den Blutkreislauf des Empfängers angeschlossen sind. Auch die beste Konservierungsmethode (intraportale Infusion einer Kälte-lösung) ist gegen die Schädigung machtlos, die vor dem Tod des Spenders und in dem noch so kurzen Zeitraum der Transplantation eintritt, in dem die Unterkühlung nicht fortgesetzt werden kann. Auf gute Ergebnisse von drei Fällen von Pankreastransplantationen wird hingewiesen. Über Erfahrungen mit der Herzpumpe (DE BEAKAY) wird berichtet. LIEBHARDT

M. Kohlhaas: Rechtliche Fragen bei der Organtransplantation. Bemerkungen zu W. SPANN und E. LIEBHARDT, Münch. med. Wschr. 109, 12, 672 675 (1967).

Am wichtigsten ist, so meint Verf., eine einwandfreie Feststellung des Todes durch mehrere Ärzte, wobei man die früheren Kriterien für den Eintritt des Todes (Leichenflecke, Totenstarre) außer acht lassen muß; es kommt darauf an, den Hirntod mit Hilfe des EEG einwandfrei festzustellen.

B. MUELLER (Heidelberg)

J. Cordes: Aktuelle Rechts- und Steuerfragen der ärztlichen Praxis. Aus neuen Entscheidungen. Forsch. Prax. Fortbild. 18, 603—605 (1967).

Die Verjährungsfrist von Handwerksarbeiten für Gewerbebetriebe beträgt 4 Jahre. Sie gilt nicht für die Arztpraxis. Forderungen von Handwerkern verjähren daher für Arbeiten in der Arztpraxis schon nach 2 Jahren (OLG Hamburg U 47/66). — Für die Unterscheidung eines freiberuflichen Dienstverhältnisses von einem Arbeitsverhältnis spielt die Art der Vergütung

keine Rolle. Entscheidend ist die im Arbeitsverhältnis gegebene persönliche Abhängigkeit, so z. B. die Weisungsgebundenheit, ferner die Berechtigung des Dienstherrn über die Arbeitskraft des Dienstpflichtigen zu verfügen und Ort und Zeit der Tätigkeit zu bestimmen (Urteil des Landesarbeitsgerichtes Baden-Württemberg Stuttgart vom 15. 7. 1966). — Auch das Formulargutachten kann über die reine Tatsachendarstellung hinausgehen und einen schwierigen Fall betreffen. Insofern kann das im Rentenverfahren erstattete ärztliche Gutachten eine wissenschaftliche Tätigkeit sein (Erl. des FinMin Nordrhein-Westfalen vom 25. 7. 1966 S. 2194 — 2 — VB 1). Ärztliche Studienkurse im Ausland sind nur dann steuerlich voll abzugsfähig, wenn die Wahl des ausländischen Tagungsortes nicht auf berufsfremden Erwägungen beruht (Urteil des Bundesfinanzhofes Az.: IV 6/65 U). Eine Buchführung ohne Kontokorrentkonto kann ordnungsmäßig sein, wenn die Honorarforderungen der Zeitfolge nach so erfaßt sind, daß der Steuerpflichtige oder ein sachverständiger Dritter daraus einen Überblick über die Außenstände gewinnen kann (Urteil des Bundesfinanzhofes Az.: VI 326/66). Ferner mitgeteilte Entscheidungen zu Steuerfragen sind für die Leser dieser Zeitschrift von geringerem Interesse. H. LEITHOFF

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

Rudolf von Hansen: Bestimmung der Blutmenge in Blutflecken mittels einer Benzidinmethode. Marburg: Diss. 1967. 65 S. u. 21 Tab.

Verf. stellt zunächst gemäß Schrifttum die für die gerichtliche Medizin bisher angegebenen einschlägigen Methoden dar: Bestimmung der Trockensubstanz, Wägung des getrockneten Stoffes, Bestimmung des Hb-Gehaltes im Extrakt, Bestimmung der Dichte des Extraktes, Überführung des Hb im Extrakt in Hämatin, Bestimmung durch quantitative Vergleichspräzipitation, Bestimmung des Rest-N-Gehaltes im Extrakt, colorimetrische Methode. Schon diese große Anzahl von Methoden weist darauf hin, daß keine von ihnen sehr genau und befriedigende Ergebnisse liefert. Es folgt eine kurze Darstellung der in der Chirurgie üblichen einschlägigen Verfahren. Verf. hat sich experimentell damit beschäftigt, inwieweit man mit einer Messung die Intensität des Ausfalles der Benzidinreaktion weiter kommt: gemessen wurde der entstandene blaue bzw. purpurne Farbton mit dem Eppendorf-Photometer [vgl. SCHLEYER und SELLIER, Untersuchungen über den Serumhämoglobingehalt in verschiedenen Venengebieten der Leiche. Z. ges. inn. Med. 20, 805 (1958)]. — Gleichzeitig anwesende Serumbestandteile beeinflussen den Reaktionsablauf beträchtlich. Verf. hat sehr gründliche Vergleichsuntersuchungen vorgenommen; er kam zu dem Ergebnis, daß es auch nicht gleichgültig ist, welche Blutspecies vorliegt. Die von ihm ausgearbeitete Technik und die Benutzung seiner Eichkurven ergab Ausbeutungsdefizite von durchschnittlich 20%. Verf. bezeichnet die von ihm erarbeiteten Ergebnisse als nicht hinreichend befriedigend. — Jeder, der auf diesem Gebiet arbeiten will, wird den Inhalt dieser wertvollen Dissertation berücksichtigen müssen. B. MUELLER

E. Kleihauer, G. Stein und Georg Schmidt: Beitrag zur Altersbestimmung von Blutflecken. [Kinderklin. u. Inst. f. gerichtl. Med., Univ., Tübingen.] Arch. Kriminol. 140, 84—94 (1967).

Zur Altersbestimmung werden Blutflecke mit einer „Transformationslösung“ (200 mg KCN und 200 mg $K_3Fe(CN)_6$ auf 100 ml Wasser) herausgelöst und dabei das Hämoglobin in Cyanmethämoglobin umgewandelt. Zur Erzielung optisch klarer Lösungen wird noch mit CCl_4 ausgeschüttelt. Es werden die Extinktionswerte bei 540 $m\mu$ und 500 $m\mu$ bestimmt und der Quotient $\frac{540}{500}$ $m\mu$ gebildet. Bei frischem Blut liegt dieser Wert zwischen 1,58 und 1,62. Verff. fanden,

daß die Abnahme der Quotienten in den Eluaten bzw. Zunahme der Differenz zu den Kontrollquotienten mit dem Alter der Blutflecken parallel verläuft. Einzelheiten müssen dem Original entnommen werden. E. BURGER (Heidelberg)

Volker Haag: Untersuchungen zum Nachweis von Abort- und Geburtsblut in Blutflecken mittels des immunologischen Schwangerschaftstests. Marburg: Diss. 1968. 31 S., 3 Abb. u. 1 Tab.

Verf. bediente sich des Gonadotropinnachweises mit Hilfe der Testkombination „Pregnosticon“; sorgfältig variiert und ausgearbeitet wurde eine rationelle Technik der Vorbereitung (Zer-