

**Wolfgang Naucke: Das Strafprozeßänderungsgesetz und die vorläufige Verhaftung (§ 127 StPO). Neue jur. Wschr. 21, 1225 (1968).**

Das Recht der vorläufigen Festnahme (§ 127 StPO) ist durch das Strafprozeßänderungsgesetz zwar nicht unmittelbar geändert worden, jedoch wirken sich die Änderungen des Rechts zum Erlaß eines Haftbefehls auf das Festnahmerecht aus. Verf. vertritt die Auffassung, daß die Voraussetzungen für eine vorläufige Festnahme dadurch eingeeengt worden seien; insbesondere müsse der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz auch auf die vorläufige Festnahme Anwendung finden. Eine präzisere Einengung des Umfangs der vorläufigen Festnahme wird vom Verf. für erforderlich gehalten.

HÄNDEL (Waldshut)

**Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung**

● **Paul Bockelmann: Strafrecht des Arztes.** Stuttgart: Georg Thieme 1968. VIII, 135 S. DM 6.80.

Der bekannte Strafrechtswissenschaftler hat hier eine Darstellung der Grundzüge des ärztlichen Strafrechts gegeben. Es werden in einzelnen Kapiteln die Befugnis zur Ausübung der Heilkunde, die Hilfeleistungspflicht des Arztes, die Schweigepflicht des Arztes, das Operationsrecht (ärztlicher Eingriff — Einwilligung des Patienten — Aufklärungspflicht) und die Fahrlässigkeit des Arztes behandelt. Dem, was der Verf. über Schweigepflicht, Operationsrecht und Fahrlässigkeit sagt, kann vom ärztlichen Standpunkt aus im Prinzip nur zugestimmt werden, dennoch kann man in einzelnen Punkten anderer Meinung sein. Zum Beispiel sollte man u. E. dem Arzt das Recht zugestehen, bei schwerwiegenden körperlichen Fahrtauglichkeitsmängeln und Uneinsichtigkeit seines Patienten eine Meldung an die Verwaltungsbehörde zu machen. Erstmals werden im letzten Kapitel von kompetenter Seite die strafrechtlichen Aspekte der Organtransplantation behandelt. Der Verf. setzt sich eingehend mit dem Begriff der Todeskriterien auseinander. Er zeigt auf, daß es in verschiedenen Ländern Vorschriften gibt, die die Kriterien des Todes festlegen, daß aber in allen diesen Fällen die entsprechenden Stellen sich besonderer Zurückhaltung befleißigen. Eine gesetzliche Definition des Todes wird — mit Recht — abgelehnt. Besonders erfreulich ist die klare, durchaus nicht nur dem Juristen verständliche Darstellung. Jedem Arzt kann die Lektüre des Buches nur empfohlen werden.

STEIGLEDER (Kiel)

● **Joachim Gabka: Die Injektion. Technik, Praxis, Komplikationen.** Berlin: Walter de Gruyter & Co. 1968. XII, 205 S. u. 73 Abb. DM 20.—

Man wird es Verf., Privatdozent, Dr. med. et med. dent., am Rudolf Virchow-Krankenhaus, Berlin 65, tätig, als besonderen Verdienst anrechnen, daß er die im Schrifttum weit zerstreuten Berichte über die verschiedenen Arten der Injektionen, ihre Technik, ihre Komplikationen und deren juristische Beurteilung in dieser gut gelungenen Monographie zusammenfaßte; der Text wird erläutert durch 72 meist schematische, einleuchtende Abbildungen. Verf. liebt es, wichtige Erkenntnisse eingerahmt wiederzugeben; dadurch wird die Schrift besonders gut lesbar. Die Literatur wird exakt zitiert. Nach einer kurzen Darstellung der Geschichte der Injektionstechnik wird zunächst die intravenöse Einspritzung besprochen: Anatomie und Pathophysiologie der Gefäße, danach Schilderung der Technik bei Männern und Frauen; erwähnt wird ein von W. HALLERMANN beschriebener Fall [Internist (Berl.) 6, 301 (1965)], bei dem es bei Kanülenwechsel wohl infolge Sogwirkung bei Zustand nach Lungenresektion, Verschwartung und Hustenstoß zu einer tödlichen Luftembolie kam. Empfohlen werden die indirekte Venenpunktion und die Meidung der ulnaren Seite der Ellenbeugen (Gefahr einer versehentlichen intraarteriellen Injektion). Eingegangen wird auch auf die intrakardiale Injektion und die Besonderheiten der Blutentnahme für Blutalkoholbestimmungen. Die Erscheinungen der versehentlichen intraarteriellen Einspritzungen werden genau geschildert, anschließend die möglichen therapeutischen Maßnahmen; die Gefährlichkeit der einzelnen für Kurznarkose gebräuchlichen Medikamente wird erörtert. Es folgt die Besprechung der intramuskulären, subcutanen, intracutanen und intraarteriellen Injektion, der Infusion, und ihrer Komplikationen sowie der Sterilisation und Desinfektion. Fachlich wird insbesondere der Abschnitt „Die heutige Rechtsprechung“ interessieren (S. 164—176); er beginnt mit einer kurzen, aber klaren Darstellung der Straf- und zivilrechtlichen Haftung des Arztes und seiner Mitarbeiter; bei der angeschlossenen Kasuistik handelt es sich um die Folgen von versehentlichen intra arteriellen Einspritzungen von Kurznarkotica, die mitunter eine Amputation eines Armes erforderlich machten; weder in den wiedergegebenen Gutachten,

noch in den zitierten Urteilen wird verlangt, daß nur der Arzt das Narkosemittel injizieren dürfe; einzelne Gerichte haben allerdings Bedenken gegen die Auffassung von Gutachtern, daß eine ver-sehentliche intraarterielle Injektion eines als gefährlich bekannten Mittels, z. B. Estil, als nicht fahrlässig anzusehen sei; zumindestens wäre vorher eine Aufklärung erforderlich gewesen. — Die Monographie muß Chirurgen, Anaesthesisten, Gynäkologen, Praktikern, Ärzten, die häufig als Gutachter tätig sind, und besonders auch den Medizinalassistenten, warm zur Anschaffung empfohlen werden.  
B. MUELLER (Heidelberg)

**S. Wittenbeck: Für Ordnung und Disziplin in den Krankenhäusern, Lehren aus einem Strafprozeß.** Dtsch. Gesundh.-Wes. 23, 937—940 (1968).

Eine zweitinstanzliche Verhandlung vor dem Obersten Gericht der DDR wegen fahrlässiger Tötung (Aspiration von Erbrochenem bei Vollnarkose) ist Anlaß zur Ausführung über die Abgrenzung von Schuld und Verantwortlichkeit (Chefarzt — Assistenzarzt — Schwester) zu machen. Es wird insbesondere festgestellt, daß ein approbierter Arzt sich bei persönlichem Versagen nicht darauf berufen kann, daß ihm auf einem bestimmten Gebiet (Anaesthesie) kein genügendes Wissen vermittelt worden sei.  
LIEBHARDT (Freiburg i.Br.)

**Schweigepflicht des Kapitäns oder des Kranke behandelnden Offiziers auf Handelsschiffen.** Münch. med. Wschr. 110, 1612—1614 (1968).

Entsprechend den deutschen Rechtsvorschriften ist auf bestimmten Schiffen (z. B. Höchstbegrenzung 75 Personen) ein entsprechend ausgebildeter Schiffsoffizier für die Krankenbehandlung zuständig. Dementsprechend fällt dieser als Angehöriger eines „anderen“ Heilberufs unter die Strafvorschrift des § 300 StGB. Der Verfasser vertritt die Auffassung, daß auch die prozessualen Schweigerechte des § 53 StPO, zwar nicht direkt, jedoch analog, anwendbar seien. Die anlässlich der Behandlung gemachten Aufzeichnungen seien ärztliche Aufzeichnungen und könnten daher einer Beschlagnahme entzogen werden. Die Meldung an den Hafenzarzt sei jedoch im allgemeinen Interesse der Gesundheitspflege erforderlich und zulässig, jedoch aber nur im Rahmen dessen, was gesundheitspolizeilich notwendig ist.  
LIEBHARDT (Freiburg i.Br.)

**Auch ein in amtlichem Auftrag tätiger Sachverständiger kann zum Teil der Geheimhaltungspflicht unterliegen und braucht möglicherweise nicht alles zu offenbaren, was er von dem Beschuldigten erfahren hat. Setzt er sich darüber hinweg, so kann und darf ihn das Gericht nicht daran hindern. Seine Bekundungen dürfen verwertet werden.** [Urteil vom 7. Dezember 1967 — 2 Ss 1610/67, OLG Hamm.] Blutalkohol 5, 290—292 (1968).

Einem Angeklagten wurden von dessen Hausarzt 2 Blutproben zur Alkoholbestimmung entnommen; bei der Ankunft in der Untersuchungsstelle enthielten die Venülen kein Blut mehr. Die BAK konnte objektiv nicht festgestellt werden. In der Hauptverhandlung hat der Arzt auf Grund der klinischen Befunde den Angeklagten als mittelgradig betrunken angesehen. Dieser Beurteilung ist das Gericht gefolgt. Der Verteidiger hat im Revisionsverfahren eine Verletzung von Verfahrensvorschriften vorgetragen und ausgeführt, der Arzt hätte nicht aussagen dürfen, da er der Hausarzt des Angeklagten sei und dieser ihn in der Verhandlung ausdrücklich nicht von der Schweigepflicht entbunden habe. Der Senat führt aus, daß in diesem Fall eine Entbindung von der Schweigepflicht nicht erforderlich wäre. Es mögen wohl Fälle denkbar sein, in denen auch der im amtlichen Auftrag als Sachverständige tätig gewordene Arzt z. T. Geheimhaltungspflicht habe. Das treffe jedoch in diesem Falle nicht zu. Eine wenig bedeutsame Urteilsveröffentlichung.  
STEIGLEDER (Kiel)

**G. Claus: Besondere Verantwortlichkeiten des Laboratoriumsarztes gegenüber Patienten und Personal.** [Berufsgenossensch. f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege, Techn. Aufsichtsdienst, Hamburg.] Ärztl. Lab. 14, 257—260 (1968).

Es werden Empfehlungen ausgesprochen, die geeignet sind, Ärzte bei der Einrichtung einer Praxis vor Schaden zu bewahren. So wird z. B. darauf hingewiesen, daß der Arzt verpflichtet ist, den ordnungsgemäßen Zustand der Zugänge zu seinen Praxisräumen zu überwachen oder, und das gilt vor allem für den Laboratoriumsarzt, daß er einen besonderen Blutentnahmeraum mit Liegemöglichkeit für den Patienten einrichten sollte.  
BRETTEL (Frankfurt a. M.)

**BGB §§ 276, 823 (Zur Schadenshaftung des Arztes für Fehlinjektionen).** Zur Schadenshaftung des Arztes bei intraarterieller Fehlinjektion des intravenösen Narkose-

mittels Estil in die Ellenbeuge. [BGH, Urt. v. 5. 12. 1967—VI ZR 54066 (Braunschweig).] Neue jur. Wschr. 21, 1181—1182 (1968).

Der beklagte Arzt hatte durch eine Krankenschwester Estil in die Ellenbeuge injizieren lassen, um einen Handgelenksbruch einzurichten. Es traten nach intraarterieller Injektion Durchblutungsstörungen auf, die zur Amputation des Armes zwangen. Der Kläger forderte von Arzt, Krankenschwester, bzw. Kostenträger des zuständigen Krankenhauses Ersatz des Verdienstausfalles, Schmerzensgeld und eine lebenslängliche monatliche Rente. Das zuständige LG erklärte die Klageansprüche, außer Schmerzensgeldanspruch, für gerechtfertigt, das OLG wies auf die Berufung der Krankenschwester die gegen sie gerichtete Klage ab, dagegen wurde die der beiden weiteren Beklagten zurückgewiesen. Die angestrebte Revision hatte keinen Erfolg. Im BGH-Urteil wird ausgeführt, daß in der Gebrauchsanweisung der Herstellerfirma bereits darauf verwiesen wurde: „eine intraarterielle Injektion muß mit Sicherheit vermieden werden“. Damit habe es sich um ein Präparat gehandelt, daß neben Vorzügen auch große Gefahren in sich barg. Wenn es intraarteriell injiziert wurde, traten irreparable Gesundheitsschädigungen auf. Es müsse beachtet werden, daß im Bereich der Ellenbeuge selbst bei größter Vorsicht und Geschicklichkeit ein Durchstoßen der Venen und ein versehentliches Injizieren in eine Arterie wegen der engen anatomischen Nachbarschaft und häufiger Varianten nicht zu vermeiden ist. Einer solchen Gefährdung dürfe der Arzt seinen Patienten nicht aussetzen, solange ein weniger gefährliches Vorgehen den erstrebten Zweck in gleicher Weise erfüllen könnte. Damit sei die Estil-Injektion rechtlich nicht statthaft gewesen, durch sie habe der Kläger eine rechtswidrige Gesundheitsschädigung erlitten, sie gereiche dem Beklagten zum Verschulden. Selbst wenn zum Schadenszeitpunkt andere Schadensfälle noch nicht bekannt gewesen seien, hätte der Arzt die Gebrauchsvorschrift ernst nehmen müssen. Es sei mit der ärztlichen Sorgfaltspflicht nicht zu vereinbaren, eine Narkose durch Estil-Injektion in die Ellenbeuge vorzunehmen, damit seien auch die subjektiven Voraussetzungen seiner Schadensersatzpflicht erfüllt gewesen, ohne daß es darauf ankäme, ob den Arzt noch ein weiteres Verschulden treffe, weil er eine Krankenschwester mit dieser Injektion beauftragte. Da der ursächliche Zusammenhang zwischen Verwendung von Estil und eingetretenem Schaden außer Zweifel stehe, müsse die Schadensersatzpflicht der Beklagten bejaht werden.

H. ALTHOFF (Köln)

**Otto Teplitzky: Neue Tendenzen bei der Schmerzensgeldbemessung.** Neue jur. Wschr. 21, 1315—1316 (1968).

Während die Rechtsprechung in Fällen der Persönlichkeitsverletzung spektakulär hohe Schmerzensgelder zubilligt hat, waren bisher die Schmerzensgelder selbst für schwerwiegende körperliche Verletzungen relativ gering und den Zeitverhältnissen keineswegs angepaßt. In den letzten Jahren kommen die Gerichte jedoch allmählich zu einer merklichen Erhöhung der bei schweren Körperverletzungen zubilligten Schmerzensgelder. Zwei junge Arbeiter (25 und 29 Jahre) erhielten vom Landgericht Köln je 70 000 DM Schmerzensgeld zugesprochen; sie hatten infolge einer fahrlässigen Aufklärungspflichtverletzung der Rechtsvorgängerin der Beklagten, einer juristischen Person in guter Vermögenslage, schwerste Verbrennungen am Oberkörper und an den Beinen erlitten, zahlreiche Operationen — Haut- und Knorpeltransplantationen — erdulden müssen und lebenslange schwere Entstellungen im Gesicht sowie Verstümmelungen der Hände davongetragen. Sie hatten im Prozeß ein angemessenes Schmerzensgeld begehrt, selbst aber den Mindestbetrag nur auf 20 000 DM beziffert, was allerdings aus Kostengründen geschehen sein dürfte. Die Tendenz zu einer Aufbesserung der Schmerzensgelder ist vom Schrifttum gefördert worden; sie findet jetzt auch bei Richtern und Rechtsanwälten Widerhall. Verf. glaubt, daß die zu den Akten überreichten Photographien der Verletzten durch ihren optischen Eindruck auf die Richter nicht ohne Wirkung geblieben seien; er hält es daher für geboten, dem Gericht in Schmerzensgeldprozessen möglichst viel und möglichst anschauliches Bildmaterial vorzulegen.

HÄNDEL (Wadshut)

**BGB § 847 (Schmerzensgeld wegen psychischer Störungen).** Zur Frage der Zubilligung von Schmerzensgeld bei Eintritt von psychischen Störungen infolge Miterlebens eines schweren Straßunfalles. [LG Tübingen, Urt. v. 29. 11. 1967 — 1 S 107/67.] Neue jur. Wschr. 21, 1187—1188 (1968).

Ein 16jähriges Mädchen ging mit ihrer Freundin spazieren. Die Freundin wurde angefahren, in die Luft geschleudert und war nachher sofort tot. Die Klägerin war in der Zeit danach schreck-

haft, ihre Hände zitterten, sie mußte mit Psychopharmaka behandelt werden. Die Mutter klagte auf Zahlung eines Schmerzensgeldes von mindestens DM 1000.—. Das Amtsgericht wies die Klage ab; es könne sein, daß die neurotischen Beschwerden Krankheitswert hätten; doch könne ein Schmerzensgeld nur nahen Angehörigen zugewilligt werden, jedoch nicht befreundeten Personen. Das Landgericht bestätigte die Abweisung der Klage. B. MUELLER (Heidelberg)

**ZPO § 286; BGB § 823 (Umkehr der Beweislast in Arzthaftpflichtprozessen).** a) Voraussetzung einer Umkehr der Beweislast in Arzthaftpflichtprozessen ist nicht nur die schuldhaft Begehung eines groben Behandlungsfehlers, sondern außerdem die Eignung dieses Fehlers, einen Schaden der Art herbeizuführen, der tatsächlich eingetreten ist. — b) Die allgemeine Eignung des festgestellten Behandlungsfehlers, einen bestimmten Schaden herbeizuführen, wird nicht durch Zweifel an der Ursächlichkeit in Frage gestellt, die aus dem konkreten Geschehensablauf hergeleitet werden. [BHG, Urt. v. 12. 3. 1968 — VI ZR 85/66 (Frankfurt/Darmstadt).] Neue jur. Wschr. 21, 1185 (1968).

An der bekannten und „gefestigten“ Rechtsprechung des BGH in Zivilsachen über die Umkehr der Beweislast in Arzthaftpflichtprozessen wird festgehalten. Es sei erforderlich, daß bei grob fahrlässigen Behandlungsfehlern der Patient nicht mit dem Beweisrisiko belastet werde. Voraussetzung einer Umkehr der Beweislast sei jedoch nicht nur das Vorliegen eines schweren Behandlungsfehlers, sondern außerdem die Feststellung, daß dieser geeignet war, einen Schaden derart herbeizuführen, wie er tatsächlich eingetreten ist. LIEBHARDT (Freiburg i. Br.)

**M. Reichenbach: Die Bedeutung des Vorzustandes bei Haftpflichtansprüchen.** [31. Tag, Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich.-, Versorg.- u. Verkehrsmed. e.V., Berlin, 8.—10. V. 1967.] Hefte Unfallheilk. H. 94, 136—138 (1968).

Haftpflicht bedeutet die Verpflichtung, den einem anderen zugefügten Schaden wieder gutzumachen. Der medizinische Gutachter hat infolgedessen darzulegen, welcher Schaden tatsächlich verursacht wurde. Daraus ergibt sich, daß bei Haftpflichtansprüchen der geltend gemachte Schaden unter dem Gesichtspunkt des ursächlichen Zusammenhanges, und zwar nach der im Zivilrecht maßgebenden Kausalitätslehre der Adäquanz, zu betrachten ist. Es gilt, im Gegensatz zur privaten Unfallversicherung, festzustellen, ob die Körperschädigung *conditio sine qua non* und adäquat war. Ist die Verletzung aus dem Bild der späteren Krankheitserscheinungen nicht hinwegzudenken, so ist jede auch noch so geringe Verletzungsfolge, die vor dem Schadenereignis nicht vorlag, danach besteht und durch dieses verursacht wurde, Schadenfolge, und zwar ungeachtet, welcher Vorzustand bestand, ob und wie er mitgewirkt hatte. — Für die Schadenshöhe, und nur für diese, ist auch die Weiterentwicklung eines Vorzustandes und das sich daraus ergebende Schadensausmaß zu beachten. Klingen Unfallfolgen ab und ist letztlich eine Erwerbsminderung ursächlich allein auf den Vorzustand zurückzuführen, ist der Schaden von dem Schädiger nicht mehr zu vertreten. An die Beweisführung für einen solchen Verlauf werden jedoch hohe Anforderungen gestellt. — Vermischen und beeinflussen sich Vorzustand und Verletzungsfolgen untrennbar, kann der Gutachter auf Grund seiner Erfahrung und allgemeiner wissenschaftlicher Erkenntnis beweiskräftig nur ausführen, wann der Vorzustand ohne die Verletzungsfolgen zur Invalidität geführt hätte. J. PROBST<sup>oo</sup>

**W. Uhlenbruck: Verweigerung der Einwilligung zur ärztlichen Heilbehandlung aus Glaubensgründen.** Med. Klin. 63, 1125—1127 (1968).

Der Verf. stellt fest, daß bei rechtswirksamer Verweigerung der Einwilligung zu einer ärztlichen Heilbehandlung durch einen an sich einwilligungsfähigen Patienten dessen Wille zu respektieren ist. Bei nichteinwilligungsfähigen Patienten, insbesondere Minderjährigen, ist der Arzt zur Vornahme eines allerdings dringend indizierten oder lebensrettenden Eingriffes trotz der Verweigerung durch die Sorgeberechtigten verpflichtet, wenn es sich um einen Unglücksfall im Sinne des § 330c StGB handelt. Ist der Eingriff nicht so dringlich, steht also mehr Zeit zur Verfügung, so kann das Vormundschaftsgericht den Sorgeberechtigten das Personensorgerecht entziehen und auf einen Pfleger übertragen. Es sollte nicht der Arzt zum Pfleger bestellt werden, der den Heileingriff vornimmt. LIEBHARDT (Freiburg i. Br.).

**Sind zwangsweise Magenaushebung und Urinentnahme zulässig?** Dtsch. med. Wschr. 93, 1454—1455 (1968).

An Hand eines praktischen Falles wird von einem Arzt die Frage gestellt, ob zwangsweise Entnahme von Mageninhalt und Entnahme von Urin aus der Blase durch Katheterisierung ohne Einwilligung eines Patienten statthaft seien und wer diese Eingriffe anordnen dürfe. Die Verf. führt dazu aus, daß nur nach § 81 StPO auch ohne Einwilligung körperliche Eingriffe möglich seien, wenn sie in einem Strafverfahren gegen den Beschuldigten durch den Richter angeordnet werden zur Feststellung von Tatsachen, die für das Verfahren von Bedeutung sind. Die Eingriffe dürfen jedoch nur ausgeführt werden, wenn keine Nachteile für die Gesundheit des zu Untersuchenden zu befürchten sind. Jede einzelne körperliche Untersuchung müßte genau bezeichnet werden, die Anordnung dürfte keine Blankovollmacht für den Mediziner sein. Dieser Ansicht der Verf. kann nicht ganz beigepflichtet werden. Letztlich wird kaum ein Jurist in der Lage sein, die Frage nach gesundheitlichen Schäden durch den Eingriff zu beantworten. STEIGLEDER (Kiel)

**85. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in München vom 17. bis 20. April 1968.** Münch. med. Wschr. 110, 1281—1286, 1340—1343 u. 1386—1393 (1968).

Auf der oben zitierten Tagung, welcher R. ZENKER, München vorsah, wurde zunächst über wichtige Probleme der Organtransplantation verhandelt. Nach einleitenden Worten von K. H. BAUER, Heidelberg berichtete P. BOCKELMANN, Professor für Strafrecht in München, über seine Auffassungen. Aufklärung des Empfängers ist unbedingt erforderlich. Eine Chance des Gelingens muß gegeben sein. Ist der Spender verstorben, so hat Gewahrsam über die Leiche das Krankenhaus; § 168 StGB trifft nicht zu. Würde die Organentnahme von dem Verstorbenen oder seinen Angehörigen verweigert, so könnte der Arzt, der nach dem Tode etwa eine Niere entnimmt, sich auf übergesetzlichen Notstand berufen. B. MUELLER (Heidelberg)

**K. Händel: Ausländischer Dokortitel.** Med. Klin. 63, 1155—1157 (1968).

Das Gesetz über die Führung akademischer Grade vom 7. 6. 39 ist in der Bundesrepublik fortgeltendes Landesrecht. Nach § 2 dieses Gesetzes bedürfen deutsche Staatsangehörige zur Führung eines akademischen Grades einer ausländischen Hochschule eine Genehmigung. Zu dieser an sich erforderlichen Genehmigung stehen sich ein Urteil des Bayrischen Obersten Landesgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts widersprechend gegenüber. Das Bayrische Oberste Landesgericht vertritt die Auffassung, nach dem Fehlen von Durchführungsverordnungen sei für ein Genehmigungsverfahren kein Raum. Demgegenüber stellt das Bundesverwaltungsgericht im Urteil fest, es sei nicht erforderlich, daß die Ermächtigung so bestimmt wie möglich umschrieben werde, das Gesetz bestimme Inhalt, Zweck und Ausmaß ausdrücklich. Der Verf. stellt fest, es sei unbedingt erforderlich ausländischen „Doktorfabriken“ durch das behördliche Genehmigungsverfahren einen Riegel vorzuschieben. LIEBHARDT (Freiburg i. Br.)

**The South African Removal of Tissues Act.** (Südafrikanische Verordnung über die Entnahme von Geweben.) J. forensic Med. 15, 43—45 (1968).

Die Verordnung besteht bereits seit 1952. Sie regelt die postmortale Untersuchung und Entnahme von Geweben an Verstorbenen und Lebenden. — Bei Verstorbenen können Ärzte mit entsprechender Berechtigung und Ermächtigung durch Angehörige oder den Verstorbenen selbst vor dessen Tod Gewebe entnehmen, wenn nicht bestimmte rechtliche Fragen dem entgegenstehen. — Bei lebenden Personen müssen zwei Ärzte die wissenschaftliche und therapeutische Notwendigkeit begründen, das zu entnehmende Gewebe des einverständigen Betroffenen muß durch natürliche Regeneration ersetzbar sein. — Weiter wird kurz die Aufbewahrung und Ausgabe geregelt. — Diese Verordnung bezieht sich nicht auf das Einbalsamieren von Leichen oder die Entnahme von Gewebe aus therapeutischen Gründen. — Erweiterungen und Änderungen der Verordnung können nur durch den Gesundheitsminister mit Zustimmung des Parlaments vorgenommen werden. Wer gegen diese Verordnung verstößt wird mit Geld- oder Gefängnisstrafen belegt. H. ALTHOFF (Köln)

**Freie ärztliche Tätigkeit nach krankheitsbedingtem Ausscheiden aus dem Beamtenverhältnis?** Münch. med. Wschr. 110, 1740 (1968).

Ob ein pensionierter beamteter Arzt nach der Pensionierung noch freie ärztliche Tätigkeit ausüben darf, hängt von dem Pensionierungsgrund ab. Lag z. B. eine Sucht vor oder erfolgte die Pensionierung als Disziplinarmaßnahme, so wird man eine freie ärztliche Tätigkeit nicht gestatten.

Erfolgte jedoch die Pensionierung infolge ausgesprochen krankhafter Befunde, so wird eine freie ärztliche Tätigkeit in Betracht kommen (z. B. bei Arthrosen oder nicht allzu heftigen pectanginösen Beschwerden; Ref.). Die Anfrage ist von Bundesanwalt Dr. KOHLHAAS beantwortet worden.  
B. MUELLER (Heidelberg)

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

**M. Bargagna and Margaret Pereira: A study of absorption-elution as a method of identification of rhesus antigens in dried bloodstains.** (Eine Studie über die Eignung der Absorptions-Elutions-Technik zur Bestimmung des Rhesus-Antigens in Blutspuren.) [Inst. Leg. Med., Univ., Pisa, and Metropol. Police Forens. Sci. Labor., London.] *J. forens. Sci. Soc.* 7, 123—130 (1967).

Die Autoren bezeichnen ihre Arbeit selbst als unvollständig. Diese orientierende Studie reiche aber aus, um die Absorptions-Elutions-Methode grundsätzlich als geeignet anzusehen, die Rheigenschaften einer Blutspur zu identifizieren. Blute von bekanntem Rh-Typ wurden auf Stoff getrocknet und mit kompletten und inkompletten Anti-Seren untersucht (mit 9 Anti-D, 2 Anti-C, 1 Anti-C<sup>w</sup>, 6 Anti-E, 12 Anti-c- und 3 Anti-e-Seren). Es wurden jeweils 3 bis 8 verschiedene, z. T. mit Bromelase oder Trypsin vorbehandelte Indicatorzellen verwandt. Die Ursachen hierfür konnten nicht im einzelnen geklärt werden, sondern erfordern weitere gezielte Untersuchungen. D habe sich immer richtig bestimmen lassen. R<sub>2</sub>R<sub>2</sub>-Spuren gaben die stärksten, R<sup>r</sup>-Spuren die schwächsten Reaktionen. Inkomplette Seren mit enzymatisierten Zellen sowie der Anti-Humanglobulin-Test waren am besten geeignet. Mit dem Alter der Spur (keine Zeitangabe) ließ die Nachweisbarkeit nach. Für C war die Situation ähnlich. C<sup>w</sup> war gut zu identifizieren. Die beiden kompletten und 2 der 4 inkompletten Anti-E-Seren brachten zuverlässige Resultate, vor allem bei Verwendung von enzymatisierten Zellen. Einen Monat alte Spuren waren noch gut zu diagnostizieren. Die Anti-e-Seren seien offenbar zu schwach gewesen, die Ergebnisse waren jedenfalls nicht eindeutig. Die Bestimmung von c war fragwürdig, weil falsch positive Resultate bei Spuren vom R<sub>1</sub>R<sub>1</sub>- und R<sup>r</sup>R<sup>r</sup>-Bluten auftraten. Es wurde ausgeschlossen, daß dies durch ungenügenden Waschprozeß, durch Produkte des getrockneten Serums, durch den D- oder e-Anteil oder durch Reaktionen im AB0-System bedingt war. Richtige Ergebnisse wurden mit einer Anti-Serum-Verdünnung von 1:4 eines einzigen inkompletten Serums erzielt. Auch der Anti-Humanglobulin-Test erwies sich als spezifisch. Baumwolle und Seide waren als Trägermaterial geeignet. Nylon und Rayon gaben erst dann brauchbare Resultate, wenn die Blutspuren ungefähr eine Woche alt waren; vorher wurden sie anscheinend zu leicht herausgewaschen. Der geprüfte Wollstoff war zu grob, denn er gab auch im Leerversuch positive Resultate, weil sich das Anti-Serum nicht vollständig auswaschen ließ. Die vorliegende Studie müsse nach vielen Richtungen hin erweitert werden, z. B. in Bezug auf die Ermittlung optimaler Versuchsbedingungen. Schließlich sei noch zu berücksichtigen, daß forensisches Spurenmaterial wesentlich ungünstigeren und schlechter übersehbaren Einflüssen ausgesetzt sei als die im Laboratorium getrockneten Blutproben.  
OEPEN (Marburg a. d. L.)

**Yoshio Mikami, Kyoichi Haba, Hideyuki Morioka a. o.: Consecutive application of preliminary blood test, fibrin plate method and group specific double combination method for the identification of human blood type with a minute quantity of blood stained material.** (Kombinierte Methoden zur Erkennung menschlicher Blutgruppen an geringem Fasermaterial.) [Dept. Legal Med., Okayama Univ. Med. School, Okayama.] *Jap. J. leg. Med.* 20, 207—212 (1966).

Verf. wollen an geringstem Textilmaterial (einzelne Fasern) bei ausgewaschenen Geweben noch den Blutnachweis (Benzidinprobe) den Nachweis von Humaneiweiß und die AB0-Eigenschaften nachweisen. — Für den Nachweis von Humaneiweiß wird eine Rinder-Fibrinogenlösung, eine Thrombinlösung u. eine Streptokinase benötigt. Bei Mischung von Fibrinogen- u. Thrombinlösung entsteht eine gelatineartige Masse, auf die nach Antrocknung eine Textilfaser aufgebracht wird. Nach Überschichten mit Streptokinase wird bei 37° C bebrütet. Falls Humanblut vorliegt, kommt es innerhalb von 8 Std zur Lösung des Fibrins um die Faser. — Der