

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

● **Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen.** 13. Aufl. Bearb. von ALBERT HÖVER. Köln-Berlin-Bonn-München: Carl Heymann 1968. XV, 280 S.

Mit der 13. Auflage des Kommentars von MEYER-HÖVER zum Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen liegt etwa 5 Jahre nach dem Erscheinen der letzten Auflage ein Werk vor, das nach Inhalt und Umfang handbuchartigen Charakter angenommen hat. Der Umfang ist durch Aufnahme und Erläuterung der umfangreichen Rechtsprechung und des Schrifttums zu Fragen, die seit dem Änderungsgesetz vom 21. 9. 63 lebhaft erörtert und teilweise widersprüchlich entschieden wurden, von 192 auf 280 Seiten angewachsen. Nicht zuletzt dadurch, daß zur Frage der Durchführung des gerichtsarztlichen Dienstes die für Nordrhein-Westfalen geltenden Erlasse aufgenommen und eingehend mit den in der Anlage zu § 5 pauschalierten Leistungssätzen kommentiert werden. Erweitert wurden auch die Erläuterungen der Erlasse über die Feststellung von Alkohol im Blut, denen ein Verzeichnis der in Nordrhein-Westfalen heranzuziehenden Untersuchungsstellen angefügt ist. Weiterhin soll den Gerichten und Staatsanwaltschaften ein Verzeichnis für gerichtliche Blutgruppen- und anthropologisch-erbbiologische Vaterschaftsgutachten in Frage kommender Gutachter die Auswahl von Sachverständigen erleichtern. Der Stand nach dem 1. 9. 66 kann verständlicherweise den in der Zwischenzeit eingetretenen Änderungen nicht gerecht werden. Soweit aus der Sachverständigentätigkeit eine Umsatzsteuerpflicht erwächst, erleichtern Umsatzsteuertabellen für 5,5 v.H., 11 v.H. und für den Ausgleichsbetrag 4,17 v.H. die Ermittlung der Steueransätze. Wie die vorausgegangenen Auflagen ist auch diese um mehr als das Doppelte teurer gewordene 13. Auflage ein hilfreiches Rüstzeug für den von den Justizbehörden häufig zugezogenen Gerichtsarzt und Rechtsmediziner. Ihm bietet die ausführliche Kommentierung der neuen Vorschriften eine gesicherte Basis, um seine Entschädigungsansprüche, auch wo Ermessensentscheidungen noch möglich sind, in angemessenem Umfang geltend zu machen. Das erweiterte Sachwortregister ist sehr ausführlich gehalten und gestattet ein schnelles Aufsuchen der interessierenden Bestimmungen.

PROCH (Bonn)

● **Eduard Vermader: Unfallsituation und Hilfeleistung im Rahmen des § 330c StGB.** (Jurist. Studien. Bd. 9.) Tübingen: J. C. B. Mohr 1969. IX, 122 S. DM 21,—.

Es handelt sich um die juristische Dissertation von Verf., die unter der Leitung von HORST SCHRÖDER (Tübingen) entstanden ist. Der nichtjuristische Leser wird sich eine gewisse Kenntnis des strafrechtlichen Stiles angeeignet haben müssen. Im Rahmen der Ausführungen wird auch die Tätigkeit des Arztes berührt: In Zweifelsfragen wird der Richter entscheiden müssen, so auch darüber, ob die Hilfeleistung angesichts anderer Verpflichtungen des Arztes zumutbar war. Untätigkeit bei Wissen von einem geplanten Anschlag auf das Leben von Menschen könnte nach Meinung von Verf. unter Umständen auch gemäß § 330c StGB bestraft werden; ein Selbstmordversuch ist, wie in der Rechtsprechung festgelegt, kein Grund, die Hilfeleistung zu unterlassen. Ob die Gefahr einer eigenen Bestrafung des Helfers die Hilfeleistung unzumutbar macht, ist juristisch noch umstritten (z. B. wenn ein Arzt, der nicht Ortsdienst hat, um Hilfe angegangen wird und unter Alkoholeinfluß steht; Ref.) — Wer über die Frage der unterlassenen Hilfeleistung vom medizinischen Standpunkt aus arbeitet, wird gut tun, diese Monographie mit heranzuziehen.

B. MUELLER (Heidelberg)

B. Mueller: Unterlassene Hilfeleistung im ärztlichen Beruf. [Inst. f. gerichtl. Med., Univ., Heidelberg.] Med. Welt, N.F. 19, 2069—2073 (1968).

Verf. bringt zahlreiche Fälle, bei denen es zu einer Anzeige wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 330c StGB) gekommen war, und stellt diese, unterteilt nach Fachgruppen, einzeln mit kurzer Angabe über den Ausgang des Verfahrens dar. Verf. glaubt eine gewisse Tendenz in Richtung einer Ausweitung des § 330c StGB zu einem Auffangtatbestand zu erkennen. W. SPANN

W. Weissauer: Kriterien für die juristische Beurteilung eines narkosebedingten Todesfalles. [85. Tag., Dtsch. Ges. Chir., München, 17.—20. IV. 1968.] Langenbecks Arch. klin. Chir. 322, 1320—1332 (1968).

Vom Vortragenden werden lediglich rechtliche Gesichtspunkte erörtert, so Fahrlässigkeit im Strafrecht, Fahrlässigkeit bei zivilrechtlicher Beurteilung, Fragen der Kausalität im Zivil- und Strafrecht sowie Haftpflichtfragen. Auf Einzelheiten von Narkosezwischenfällen wird nicht eingegangen.

B. MUELLER (Heidelberg)

K. Horatz: Ätiologie und statistische Analyse tödlicher Narkosezwischenfälle. [85. Tag., Dtsch. Ges. Chir., München, 17.—20. IV. 1968.] *Langenbecks Arch. klin. Chir.* **322**, 1278—1285 (1968).

Verf. berichtet über die Entwicklung von Narkosezwischenfällen an der Chirurgischen Univ.-Klinik Hamburg. Durch die Zunahme der Alters-, Kleinstkinder- und Risikochirurgie ist eine Wandlung des Krankengutes in den letzten Jahren erfolgt. Hier ist eine Angabe von HÜGIN interessant, wonach von 1945—1954 der Anteil der über 70jährigen am Operationsgut um 130% gestiegen ist. Ebenso hoch ist etwa das Anwachsen des Anteils der Kleinkinder unter 1 Jahr. Während 1906 nach einer Angabe von ZUKSCHWERDT von Patienten zwischen dem 10. und 20. Lebensjahr mehr Menschen an Appendicitis gestorben sind als an allen übrigen Krankheiten zusammen, so stehen heute Zwischenfälle aufgrund von Vorerkrankungen wie z. B. Herzerkrankungen, aber auch Lebererkrankungen im Vordergrund. Es folgen ausgedehnte Tabellen über den Anteil der einzelnen Komplikationen an den Exitus-in-tabula-Fällen in Hamburg. Auch die Pankreasvorschäden sind hierbei von Bedeutung. Sie stellen ein erhöhtes Narkoserisiko dar. Das gleiche gilt für die Urämie bzw. andere Nierenschäden. Aus den Tabellen läßt sich der starke Anstieg der herz- und gefäßchirurgischen Operationen entnehmen. Die Zunahme der unbeeinflussbaren Gerinnungsstörungen sowohl in der prä- wie in der postoperativen Phase wird ebenfalls diskutiert. Fehlerhafte Anwendung von Anaesthetisemitteln und Muskelrelaxantien waren nur bei 2 Todesfällen in der Narkose zu beobachten. Die Gesamtstatistik der Hamburger Klinik zeigt, daß der durch den Anaesthetisten verursachte tödliche Narkosezwischenfall seltener geworden ist. Insgesamt bleibt eine tödliche Belastung wegen der Zunahme der Risikoeingriffe von etwa 1:2000 bestehen. Es folgt dann ein praktisches Schema zur Verhütung des Exitus in tabula aus der Sicht des Anaesthetisten und eine Zusammenfassung nach der Literatur über die Erfahrungen bei Obduktionen von Exitus-in-tabula-Fällen von PRIBILLA und FRITZ. 6 Literaturstellen.

PRIBILLA (Kiel)

M. Zindler: Überdosierung, Unverträglichkeit, Verwechslung und sinnwidrige Anwendung von Medikamenten bei der Narkose. [85. Tag., Dtsch. Ges. Chir., München, 17.—20. IV. 1968.] *Langenbecks Arch. klin. Chir.* **322**, 1306—1314 (1968).

Verf. berichtet über praktisch wichtige Fehler bei der Durchführung der Narkose. Im ersten Abschnitt wird über die Überdosierungen gesprochen. Dabei finden technische Fehler, so z. B. bei der Halothanzufuhr oder der Athergabe mit Narkoseapparaten, ausführliche Berücksichtigung. Dabei kann ein verkehrter Anschluß bzw. eine falsche Durchströmungsrichtung des Verdampfers zur doppelten Konzentration des Narkosemittels führen. Für das Fluothan kommt es auch bei künstlicher Beatmung zu einer höheren Konzentration des Narkosemittels, da ja unter Überdruck gearbeitet wird. Bei künstlicher Beatmung sei das Atemminutenvolumen meist viel höher, so daß eine erhöhte Aufnahme des Narkosemittels zu befürchten steht. Andererseits könnten bei reduzierten, kachektischen oder sehr alten Patienten Überdosierungen durch die verminderte Toleranz zustande kommen. Die Gefahr liege darin, daß bei einer etwa auf die Hälfte verminderten Toleranz für eine normale Durchschnittsdosis u. U. für das in Normaldosierung gegebene Narkosemittel eine dosis letalis erreicht werde. Dabei spiele auch das verminderte Blutvolumen nach Flüssigkeitsverlust eine wesentliche Rolle. Schließlich sei auch die Zentralisation des Kreislaufes dementsprechend zu berücksichtigen, da dann Herz und Gehirn eine anteilmäßig größere Menge des Medikamentes erhielten. Das gleiche gelte für eine verminderte Proteinbindung der Medikamente bei einem verminderten Eiweißspiegel. In einem ausführlichen Abschnitt wird dann auf Unverträglichkeitsreaktionen bei Mittelkombinationen eingegangen. Die Frage nach Überempfindlichkeiten gehöre routinemäßig vor jeder Narkose. Man dürfe derartige Angaben des Patienten nie auf die leichte Schulter nehmen, weil man sie für unwahrscheinlich halte. So werde bei Halothan in Kombination mit Adrenalin Kammerflimmern beobachtet. Auch einige Antibiotica hätten eine curareähnliche Wirkung. In einer Tabelle werden unverträgliche Kombinationen, wie z. B. auch zwischen Succinylcholin und Prostigmin, aber auch Chlorpromazin und Adrenalin etc., aufgestellt. Auch im dritten Abschnitt über die Verwechslungen werden für die Praxis beachtenswerte Hinweise gegeben. So müsse beim Anreichen einer Spritze die Schwester immer sagen, was sie enthalte, und die leere Ampulle solle immer über die Kanüle gestülpt werden. Auch daß verschieden große Spritzen immer nur das gleiche Mittel enthalten, hat sich im In- und Ausland bewährt. Alle Mittel, die nicht mehr gebraucht werden, seien sogleich zu entleeren. Im vierten Abschnitt wird auf die sinnwidrige Anwendung von Medikamenten eingegangen. Jeder Arzt habe die Pflicht, sich laufend über die Eigenschaften der Medikamente, die er verwendet, zu infor-

mieren. So solle bei einer Ateminsuffizienz oder einem Atemstillstand nie ein Kohlensäure-Sauerstoffgemisch gegeben werden. Es müsse vielmehr reiner Sauerstoff zugeführt werden. Lobelin sei zur Behandlung eines Atemstillstandes sinnlos, da es nur kurz wirke. Bei Blutdruckabfall durch Blutverlust seien Analeptica nicht geeignet, sondern es müßten Infusionen gegeben werden. Ein Schock entstehe erst, wenn 20—25% des Blutvolumens verlorengehen, das seien beim Erwachsenen 1,5 Liter Blut. Man müsse also mehr als 500 cm³ infundieren. Am häufigsten werde wohl bei Vergiftungen sinnlos therapiert. Im akuten Alkoholrausch mit Erregungszustand dürften nie Barbiturate oder Megaphen gegeben werden, da hierdurch letale Ausgänge hervorgerufen werden könnten. Verf. empfiehlt Apomorphin zusammen mit einem Vasopressor, da nach Erbrechen jeder Patient ruhig und verträglich werde. Bei Entziehungerscheinungen sei zur Sedierung Distraneurin angezeigt. Bei oralen Vergiftungen solle man nie Milch, sondern nur 20%ige Kochsalzlösung zu trinken geben.

PRIBILLA (Kiel)

T. L. Fisher: Ligation of patent ductus arteriosus: complication and death. *Canad. med. Ass. J.* 99, 1254—1255 (1968).

Richard Schüssler: Die Einwirkung jodhaltiger Röntgenkontrastmittel auf die Schilddrüse. Zugleich ein Beitrag zum Problem der Kontrastmittel-Zwischenfälle. [Strahleninst., Univ. d. Saarl., Saarbrücken.] *Ann. Univ. saraviensis/Med.* 14, 225—294 (1967).

Thomas McKeown and K. W. Cross: Responsibilities of hospitals and local authorities for elderly patients. [Dept. Soc. Med., Univ., Birmingham.] *Brit. J. prev. Med.* 23, 34—39 (1969).

Zane E. Estes: Chlorpormazine hydrochloride auto-oxidation: implications for clinical practice. [Dept. Nursing, Walter Reed Army Inst. of Res., Washington, D.C.] *Military Med.* 134, 59—63 (1969).

Leonore Herbst: Öffentlichkeit der Hauptverhandlung, Arztgeheimnis und Schutz der Menschenwürde. *Neue jur. Wschr.* 22, 546—548 (1969).

Verf. weist auf das Unbehagen hin, das medizinische Sachverständige und Juristen haben, wenn medizinische und psychologische Gutachten in der Hauptverhandlung öffentlich vorgelesen werden, in denen Krankengeschichte des Angeklagten, (vererbare) Krankheiten der Eltern, körperliche Befunde und psychologische Erkenntnisse — auch zum Sexualleben — über den Angeklagten erörtert werden. Sie schließt aus Art. 6 Abs. 1 Satz 2 der Menschenrechtskonvention, die in der Bundesrepublik Gesetzeskraft hat, daß bei der Erstattung solcher Gutachten die Öffentlichkeit auch dann ausgeschlossen werden könne, wenn keine Gefährdung der Sittlichkeit zu besorgen ist; nach dieser Vorschrift kann die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden, „wenn der Schutz des Privatlebens der Prozeßparteien es verlangt“. Im Schrifttum werden die in Art. 6 Abs. 1 der Menschenrechtskonvention angeführten Ausnahmen nur in der Richtung behandelt, daß sie Abweichungen von dem überragenden Grundsatz der Öffentlichkeit des Verfahrens zulassen. Verf. sieht jedoch in den an dieser Stelle aufgezählten Möglichkeiten des Ausschlusses der Öffentlichkeit in der Hauptverhandlung ein gesetzliches Gebot, das vom Gericht beachtet werden müsse. Sie stützt ihre Meinung zusätzlich auf Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes, der den Schutz der Würde jedes Menschen garantiert, sowie auf die Grundsätze des Arztgeheimnisses. Demgemäß hält sie es für zwingendes Recht, daß im Strafverfahren während der Erstattung ärztlicher oder psychologischer Gutachten, die sich konkret mit der Person des Angeklagten befassen, die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden müsse; die Erstattung eines derartigen Gutachtens in öffentlicher Verhandlung stelle einen Verfahrensverstoß dar. Von dem als Sachverständigen beigezogenen Arzt oder Psychologen fordert die Verf., daß er derartige Gutachten nur erstatte, wenn die Öffentlichkeit ausgeschlossen ist. Sie vertritt schließlich die Auffassung, daß ein Sachverständiger, der sich weigere, ein derartiges Gutachten in öffentlicher Verhandlung zu erstatten, nicht zu einer Ordnungsstrafe und zum Ersatz der entstandenen Kosten verurteilt werden dürfe.

HÄNDEL (Waldshut)

Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht durch Übergabe der Patientenkartei an den Praxisnachfolger? Dtsch. med. Wschr. 94, 733 (1969).

Nach Auffassung von Verf., Rechtsanwalt Dr. RIEGER in Gießen, bestehen keine Bedenken, wenn ein Arzt, der verzieht oder sich zur Ruhe setzt, seinem Nachfolger die Patientenkartei mit sämtlichen Aufzeichnungen übergibt. Eine solche Offenbarung ist nicht unbefugt. Vorsicht ist jedoch geboten, wenn in einer Karteikarte etwa eine stadtbekannte Persönlichkeit beschrieben wird, von der man annehmen muß, daß er eine Offenbarung der Befunde nicht wünscht.

B. MUELLER (Heidelberg)

Hans-Jürgen Rieger: Zur Frage der Einsichtnahme in ärztliche Unterlagen. Dtsch. med. Wschr. 93, 1823—1825 (1968).

Anhand eines Falles wird dargelegt, daß das Gesundheitsamt dem untersuchten Beamten nicht willkürlich die Einsicht in die erhobenen Befunde verweigern dürfe. Das Gesundheitsamt könne nur prüfen, ob ein rechtliches Interesse an der Einsicht besteht, und ob diesem Interesse andere öffentliche oder private Belange entgegenstehen, welche die Einsicht in die Akten verbieten oder unzulässig erscheinen lassen. Ferner müsse das Gesundheitsamt die Befunde auch nach Befreiung von der Schweigepflicht durch den Untersuchten an eine anfordernde Behörde herausgeben, wenn dieser Herausgabe zum Zwecke der Einsichtnahme nicht ebenfalls ein höherwertiges Interesse entgegensteht.

LIEBHARDT (Freiburg i. Br.)

H. Hölzl: Das ärztliche Berufsgeheimnis. Ther. Gegenw. 107, 1642—1646 (1968).

BGB § 282 (Arzthaftung, Beweislast). Zur Beweislast bei Schadenersatzansprüchen gegen Ärzte. [BGH, Urt. v. 17. 12. 1968; VI ZR 212/67 (Schleswig).] Neue jur. Wschr. 22, 553—554 (1969).

Gegen die Entscheidung eines Berufungsgerichtes, in dem die vom Kläger (Patienten) gegenüber Ärzten und dem Krankenhaus erhobenen Schadenersatzansprüche verneint wurden, legte der Kläger Revision ein. Das Berufungsgericht hatte sich mit der Frage auseinandergesetzt, ob die Knochentuberkulose des Klägers durch eine „Superinfektion“ im Krankenhaus hervorgerufen worden sei. Der von der Rechtsprechung entwickelte Grundsatz, daß es Sache des Arztes sei, sich zu entlasten, kann nach den Feststellungen des Berufungsgerichtes im vorliegenden Fall keine Anwendung finden. Das Revisionsgericht verneint Schadenersatzansprüche gegenüber Ärzten und dem beklagten Land als Träger des Krankenhauses, weil die Ursächlichkeit der Erkrankung des Klägers nach Ansicht der Sachverständigen nicht mit der Zusammenlegung mit einem an offener Tuberkulose leidenden Patienten gesehen werden kann. Letztlich geht die Entscheidung davon aus, daß im vorliegenden Fall die Beweislast für den ursächlichen Zusammenhang seiner Erkrankung beim Kläger liegt.

OSTERHAUS (Hamburg)

A. Farneti: Stima del danno alla persona in età senile. (Schätzung des Schadens an Personen in fortgeschrittenem Alter.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Milano.] Arch. Soc. lombarda Med. leg. 4, 219—224 (1968).

Nach einer beigegebenen Zusammenfassung in deutscher Sprache ist das Alter Mitursache einer Verletzung, es wird bei der Abschätzung als erschwerender Umstand betrachtet. Bei der Abschätzung versucht man Gruppen von alten Leuten zu bilden, die zu bestimmten Arbeiten noch fähig sind. Hierfür wird der Ausdruck „Gruppenfähigkeit“ benutzt.

B. MUELLER

M. Kohlhaas: Ungeklärte Probleme der Sterilisierung. Med. Welt, N.F. 20, 62—64 (1969).

ZuSEG § 16; DRiG §§ 26, 42 (Verpflichtung des Richters zur Äußerung über den Grund der Sachverständigenentschädigung). Der Richter darf von der Dienstaufsichtsbehörde verpflichtet werden, vor der Festsetzung der Entschädigung von Sachverständigen durch den Kostenbeamten sich zu äußern, ob gegen die Entschädigung dem Grunde nach Bedenken bestehen. [BGH, Urt. v. 5. 11. 1968; RiZ (R) 4/68 (DienstG f. Richter b. OLG Nürnberg).] Neue jur. Wschr. 22, 556—557 (1969).

J. de Moerloose: Le droit d'établissement des médecins dans le monde. (Das Recht der Niederlassung als Arzt in der Welt.) Arch. belges Méd. soc. 26, 507—528 (1968).

Die Erlaubnis zur Niederlassung von Trägern ausländischer akademischer Titel wird in den einzelnen Staaten sehr unterschiedlich gewährt: meist als Ausnahme (protektionistisch), selten liberal und unkompliziert, teilweise mit der Tendenz zu bi- bzw. multilateralen Abkommen. Schutz der im Land approbierten Landeskinder besonders in der BRD, Schweiz, Österreich, Frankreich, Luxemburg, Italien, Griechenland, Arabischen Union — Zulassung nach Teilnahme an einem Kurs der einheimischen Gesundheitsgesetzgebung für Dänen, Norweger, Finnen in Schweden — Versuche zu Übereinkünften bezüglich der Ausbildung und gegenseitigen Anerkennung der Diplome besonders in Lateinamerika aktuell. Das Problem ist die Gleichwertigkeit aus- und inländischer Diplome (Ausländer und Landeskinder mit fremden Diplomen), die Frage einer ergänzenden Ausbildung im Gastland und/oder einer Anerkennung nach erneutem Examen. Die historische Entwicklung in den USA und in Kanada mit den divergierenden Anforderungen der Staaten bzw. Provinzen und das System von Abmachungen und Anordnungen im Commonwealth wird näher ausgeführt. — 32 Literaturangaben, Liste von Verordnungen pp. aus 48 Ländern.
LOMMER (Köln)

Gerhard Rose: Schwindelgeschäfte mit der Gesundheit. Aus dem Jahresbericht 1968 der Zentrale zur Bekämpfung der Unlauterkeit im Heilgewerbe (ZBUH). Dtsch. Ärzteblatt 66, 573—576 (1969).

Verf. ist Oberregierungsmedizinrat am Gesundheitsamt in Mannheim. Das Innenministerium Baden-Württemberg hat den Gesundheitsämtern empfohlen, die Arbeit des ZBUH zu unterstützen. Verf. berichtet über fragwürdige einschlägliche Literatur in Buchform, z. B. „Der Mensch als Antenne“, „Die Pendeldiagnose“ u. a. Er erwähnt eine Veranstaltung, bei welcher der Redner vor 150 alten Frauen 90 min lang Vitamin-Kassetten-Packungen in geschickter Form anpries, er erzielte am gleichen Tag einen Umsatz von DM 5000.—.
B. MUELLER (Heidelberg)

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

Mitsuwo Hara, Tokuji Inoue, Yoshiko Koyanagi and Haruo Yamasaki: Comparative study of sensitivity between ring probe and precipitation reaction in agar gel. III. Forensic immunological study of body fluids and secretions. (Vergleichende Untersuchungen über die Empfindlichkeit der Ringpräzipitation und des Präzipitinversuchs im Agar-gel.) [Dept. Leg. Med., Kurume Univ. School Med., Kurume.] Jap. J. leg. Med. 22, 1—4 mit engl. Zus.fass. (1968) [Japanisch].

In der Regel ist beim Präzipitinversuch die Antigen-Antikörper-Reaktion im Agargel weniger empfindlich als die unmittelbare Fällungsreaktion an den flüssigen Medien. In der vorliegenden Arbeit wurden verschiedene präzipitierende Antihumanseren sowie monospezifische, gegen menschliches Albumin, JgG-Globulin und Fibrinogen gerichtete Immunantisera unterschiedlichen Titer (Antigenverdünnung) hinsichtlich ihrer Empfindlichkeit vergleichend untersucht. Antisera mit hohem Titer ergaben bei der Diffusionsreaktion im Agargel eine gegenüber dem „klassischen“ Verfahren um 2—5 Stufen der Antigenverdünnung herabgesetzte Empfindlichkeit. Bei einigen Antisera mit niedrigem Titer betrug die Herabsetzung der Empfindlichkeit der Präzipitinreaktion im Gel sogar 5—9 Stufen der Antigenverdünnung. Ein Anti-Albuminserum mit einem Titer 1:256 zeigte im Agargel überhaupt kein Präzipitat. HILGERMANN (Marburg)

Mitsuwo Hara, Tokuji Inoue, Yoshiko Koyanagi and Haruo Yamasaki: Studies on the immunological differences between human and monkey sera. Especially on the sera of Macaca fuscata. (Untersuchungen über die immunologischen Unterschiede zwischen Menschen- und Affenseren unter besonderer Berücksichtigung der Seren von Macaca fuscata.) [Dept. Leg. Med., Kurume Univ. Med. School, Kurume.] Acta Crim. Med. leg. jap. 34, 4—8 mit engl. Zus.fass. (1968) [Japanisch].

Verff. haben die immunologischen Eigenschaften des menschlichen Serums und der Seren einiger Affenarten untersucht. Es zeigte sich, daß nach kreuzweiser Absättigung sowohl der