

## **Kunstfehler, Ärztereht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung**

● **Bundesärzteordnung mit Kassenarztrecht, Berufs-, Bestallungs- und Zulassungs-Ordnungen.** Kommentar von ETMER/BOLCK. Ergänzungsflg. 3. München-Percha: R. S. Schulz 1967. Lose-Blatt-Ausgabe. DM 17,80.

Über diese zweckmäßige Lose-Blatt-Ausgabe ist bisher in dieser Zeitschrift 53, 84 (1962/63) und 58, 227 (1966) referiert worden. Die jetzt vorliegende 3. Ergänzungslieferung, deren sorgfältige Einordnung in den Hauptband erforderlich ist, bringt das Heilpraktikergesetz mit Bemerkungen, Bestimmungen über die vorübergehende Berufsausübung, die im allgemeinen nur befristet erteilt wird, weiterhin die Bestimmungen über die tierärztliche Prüfung vom 23. 3. 67 (BGBl I, 360), bei welcher eine Zweiteilung des Staatsexamens vorgesehen ist; gerichtliche Tierheilkunde ist Pflichtkolleg geblieben und im 2. Teil der Prüfung auch Prüfungsfach. Bei dieser Prüfung sollen auch Kenntnisse über die Vorschriften für die Ausübung des tierärztlichen Berufes, über die Haftpflicht und über das Standesrecht verlangt werden. Weiterhin werden berufsgerichtliche Vorschriften im Rahmen der Berufsordnungen der Länder angeführt. (Der Abdruck der Bestallungsordnung für Tierärzte ist offenbar versehentlich auf den Seiten 164 (1) bis 164 (42) als Bestallungsordnung für Ärzte bezeichnet worden.) B. MÜLLER (Heidelberg)

● **Bundesärzteordnung mit Kassenarztrecht, Berufs-, Bestallungs- und Zulassungs-Ordnungen.** Kommentar von ETMER/BOLCK. Ergänzungsflg. 4. München-Percha: R. S. Schulz 1967. Lose-Blatt-Ausgabe. DM 18,70.

Die 4. Ergänzungsordnung befaßt sich in der Hauptsache mit den berufsgerichtlichen Verfahren in den einzelnen Ländern. Die Vorschriften mußten verfassungsrechtlichen Anforderungen angepaßt werden, die das Bundesverfassungsgericht aufgestellt hat. In Hamburg wurden die Berufsgerichte den Verwaltungsgerichten angegliedert, in anderen Ländern sind sie selbständig geblieben, aber einer verschärften staatlichen Aufsicht unterworfen. Darüber hinaus werden die Berufsordnungen der Länder in der jetzt gültigen Fassung vollständig abgedruckt.

B. MÜLLER (Heidelberg)

H. Rödiger und W. Röse: **Iatrogene Embolien.** [Chir. Klin., Med. Akad., Magdeburg.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 22, 1585—1591 (1967).

Übersicht.

J. Kolář und R. Vrabec: **Ein ungewöhnlicher Thorotrast-Spätschaden.** [Radiol. Klin. u. Klin. f. plastische Chir., Univ., Prag.] Med. Klin. 61, 2070—2071 (1966).

Bericht über ein Thorotrastom nach Injektion von etwa 20 ml in eine Cubitalvene vor 27 Jahren bei einer jetzt 54jährigen Hausfrau. Es hatte sich in der Ellenbeuge ein Ulcus in sehr derber Umgebung gebildet. Röntgenologisch waren metalllichte Verschattungen in der Ellenbeuge nachweisbar, außerdem fanden sich Thorotrasteinlagerungen in Leber- und Milz. Das Ulcus wurde lokal umschnitten und konnte restlos excidiert werden. Die Wundheilung verlief ohne Komplikationen, die Patientin sei seit 4 Jahren rezidivfrei. Histologisch konnte keine maligne Entartung lokal festgestellt werden.

WENZ (Heidelberg)

Maurice Muller: **Leçons sur la réparation du dommage corporel.** (Vorlesungen über den Schadenersatz bei Körperverletzungen.) Arch. Inst. Méd. lég. soc. Lille 1966, 79—118.

In vier Einzelvorlesungen werden die vielfältigen Probleme des Schadenersatzes nach dem Eintritt von Verletzungen abgehandelt. Die erste Vorlesung befaßt sich mit vorübergehender Arbeitsunfähigkeit, Abheilung einer Verletzung, Genesung und Rückfall. Partielle und totale „Arbeitsunfähigkeit“, juristisch irrelevante Störungen und Invalidität werden abgegrenzt. Die Stadien von der traumatischen Einwirkung bis zum Zustand der Gewöhnung an einen prothetischen Ersatz aufgewiesen. Die zweite Vorlesung beinhaltet Probleme der Entstellung durch ein Trauma, Schmerzensgeld, Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens und Schadenersatz bei Jugendlichen. In der dritten Vorlesung wird die Beurteilung mehrerer Gebrechen bei einer Person besprochen. Die letzte Abhandlung beschäftigt sich mit der Verwendung tabellarischer Prozentwerte für die Beeinträchtigung von Arbeits- und Erwerbsfähigkeit und Schadenersatz entsprechend den allgemeinen Gesichtspunkten des französischen Rechts sowie auch der Privatversicherung. Verf. warnt vor einer zu starren doktrinen Lehrmeinung bei der Beurteilung des Einzelfalles. Beispiele aus der Sozial- und Versicherungsmedizin werden entsprechend besprochen.

E. BÖHM (München)

**P. Moureau: Conceptions nouvelles de la responsabilité médicale.** [Serv. Méd. Lég., Liège.] [Soc. Méd. Lég. et Criminol. de France, Montpellier, 22. X. 1966.] Ann. Méd. lég. 46, 435—439 (1966).

**BGB §§ 254, 347; ZPO § 304 (Quotelung des Schmerzensgeldes bei mitwirkendem Verschulden des Geschädigten).** Ist ein geltend gemachter Schmerzensgeldanspruch wegen des mitwirkenden Verschuldens des Geschädigten nicht in vollem Umfange gerechtfertigt, so ist er in einem Zwischenurteil entsprechend zu quoteln. [OLG Nürnberg, Urt. v. 5. 12. 1966—5 U 42/66.] Neue jur. Wschr. 20, 1516—1517 (1967).

**Maurice Muller: Les organisations représentatives des médecins dans les pays du marché commun. La déontologie professionnelle.** Arch. Inst. Méd. lég. soc. Lille 1966, 245—260.

**L'omission de porter secours à personne en péril et la profession médicale.** (Unterlassene Hilfeleistung gegenüber Gefährdeten und der ärztliche Beruf.) [Conseil de la Confédération des Syndicats Médicaux de France.] Arch. Inst. Méd. lég. soc. Lille 1966, 231—243.

Das französische Strafgesetzbuch enthält eine dem § 330c StGB des deutschen Rechts entsprechende, aber noch wesentlich darüber hinausgehende Strafvorschrift. Nach Art. 63 Abs. 1 des Franz. StGB wird bestraft, wer es unterläßt, eine als Verbrechen qualifizierte Tat oder eine Straftat gegen die körperliche Unversehrtheit zu verhindern, obwohl er dazu ohne Risiko für sich oder Dritte instande wäre. 1941 wurde eine zusätzliche Bestimmung geschaffen, die seit 1945 als Abs. 2 dem Art. 63 angefügt wurde; danach wird in gleicher Weise bestraft, wer es unterläßt, einem in Lebensgefahr Befindlichen zu helfen oder Hilfe herbeizurufen, obwohl er dies ohne Gefahr für sich oder Dritte tun könnte. Diese letztere Vorschrift richtet sich auch gegen Ärzte. Seit 1947 sind allerdings nur 22 Fälle bekannt geworden, in denen es zu einer Gerichtsverhandlung gegen Ärzte gekommen ist (7 Freisprüche, 14 Verurteilungen zu Geldstrafe, eine Verurteilung zu einem Monat Gefängnis mit Strafaussetzung). Nach der Rechtsprechung trifft die Hilfspflicht nicht nur den Zeugen, der die Lebensgefahr unmittelbar wahrnimmt, sondern auch denjenigen, der von dem Vorfalle und von der Notwendigkeit seines Eingreifens Kenntnis erlangt. Damit richtet sich die Strafvorschrift insbesondere auch gegen Ärzte, die einen in Lebensgefahr befindlichen Kranken oder Verunglückten nicht aufsuchen, obwohl sie bei dem Notfallruf nach den Grundsätzen ärztlicher Ethik zur Hilfe verpflichtet wären. Über die hierbei auftauchenden Fragen hat eine juristische Kommission ein Gutachten erstellt, das gemeinsam mit den ärztlichen Verbänden beraten worden ist. Es wird eine Abänderung des Art. 63, Abs. 2 Franz. StGB vorgeschlagen. Danach soll, unbeschadet der Vorschriften über die ärztliche Notfallhilfe, wegen unterlassener Hilfeleistung nur bestraft werden, wer einer in ernster Gefahr befindlichen Person keine Hilfe leistet oder herbeiruft, obwohl er dies ohne Gefahr für sich oder Dritte könnte; die Strafdrohung soll jedoch nur den Anwesenden treffen. Der Arzt, der einem Notfallruf keine Folge leistet, würde daher von Art. 63, Abs. 2 nicht mehr betroffen. Der Änderungsvorschlag wird näher begründet.

K. HÄNDEL (Waldshut)

**Georg Siegmund: Begrenzte Euthanasie? Hippokrates (Stuttg.) 37, 480—482 (1966).**

Der Fuldaer Religionsphilosoph SIEGMUND wendet sich noch einmal gegen das vor 5 Jahren erschienene Buch des Kieler Pädiaters CATEL „Grenzsituation des Lebens — Beitrag zum Problem einer begrenzten Euthanasie“ und bringt dazu eine etwas scholastisch anmutende Argumentation, nach der bei jedem (auch dem später mißgebildeten) menschlichen Keim das sich manifestierende Werdeprinzip nicht „anders sein kann als die menschliche Geistseele“. Auch ein Monstrum ist kein „lebender Leichnam“, keine „massa carnis“, sondern wegen seiner spezifisch menschlichen Seele eine „Person“, allerdings keine geistig aktualisierte „Persönlichkeit“. Wenn auch vielleicht nicht jede dieser Thesen von allen Ärzten als verbindlich anerkannt werden kann, so sicherlich jedoch die Tendenz und die Konsequenzen dieses Diskussionsbeitrages. Nach den schrecklichen Erfahrungen in unserer Vergangenheit ist schon wegen der Unmöglichkeit einer Abgrenzung grundsätzlich jede Art aktiver Euthanasie abzulehnen.

W. HALLERMANN

**M. Brunhes: Aspects juridiques des problèmes de prelevement d'organes.** (Juristische Anschauungen zu den Problemen der Organentnahme.) Bull. Méd. lég. 10, 24—27 (1967).

In dem Vortrag werden mehrere Fragen kritisch erörtert, u.a. ob die Organentnahme überhaupt erlaubt ist. Sehr problematisch ist die Situation, wenn ein gesunder Mensch, der sich über die Bedeutung des Eingriffes im klaren und mit diesem einverstanden ist durch die Herausnahme eines Organes getötet und damit praktisch justifiziert wird. Die Transplantation dürfe daher für den Spender keine unproportionierten Risiken enthalten. Besondere Aufmerksamkeit wird auch der Forderung nach einer umfassenden Aufklärung des Organspenders gewidmet; er muß wissen wozu er seine Einwilligung gibt. Die viele weitere Einzelheiten enthaltenden Ausführungen schließen mit der Forderung nach einer gewissen rechtlichen Relgementierung zu den Fragen der Besitzverhältnisse gespendeter Organe und zur Gültigkeit von Einwilligungserklärungen.

W. JANSSEN (Heidelberg)

**Revillard: Aperçu de droit compare sur les legislations étrangères concernant les greffes d'organe.** (Rechtliche Bemerkung zum Vergleich mit ausländischen Gesetzgebungen, die Organübertragungen betreffen.) Bull. Méd. lég. 10, 27—31 (1967).

Dargestellt werden besonders die völlig gegensätzlichen Verhältnisse in den Vereinigten Staaten von Amerika und in Italien. In den USA ist der Eingriff zwecks Transplantation eines Organes beim Spender formell nicht verboten. Erforderlich ist die erklärte Freiwilligkeit und die nachgewiesene Gesundheit des Spenders. Im Gegensatz dazu ist in Italien durch den Artikel 5 des Zivilgesetzbuches jede freiwillige Verletzung der körperlichen Integrität grundsätzlich verboten. Am 15. Juli 1965 wurde dort in erster Lesung vom Senat ein Artikel verabschiedet, der die rechtliche Regelung der Organtransplantation enthält. Dem eventuellen Spender muß von zwei Ärzten ein guter Gesundheitsstatus und insbesondere Gesundheit der Nieren bestätigt werden. Vor dem Eingriff muß außerdem die freiwillige Schenkung des Organes urkundlich vor einem Richter festgelegt und vom Spender eigenhändig unterschrieben werden. Die Transplantation selbst kann dann nur in einer Universitätsklinik oder in Krankenhäusern, die in einer besonderen Liste erfaßt sind, durchgeführt werden. Für die französische Praxis sind diese italienischen Verhältnisse besonders interessant, da sich die Verfahren sehr ähnlich sind.

W. JANSSEN (Heidelberg)

**A. Chavanne: Point de vue juridique.** (Rechtliche Gesichtspunkte.) Bull. Méd. lég. 10, 31—35 (1967).

Zur juristischen Problematik der Organ-Transplantation wird in Anlehnung an die vorangegangenen Vorträge darauf hingewiesen, daß dieses Verfahren das Stadium der Versuche im wesentlichen erfolgreich überstanden hat. Die beste Lösung zur rechtlichen Regelung wäre die Einführung eines eigenen Gesetzes. Dieses sollte im besonderen die Notwendigkeit für den Empfänger und das Risiko für den Spender berücksichtigen; außerdem sollten der echte Opferwille des Spenders und das wahrscheinlich erzielbare Resultat zueinander in Relation gesetzt werden.

W. JANSSEN (Heidelberg)

**J. Traeger: Les indications médicales de la transplantation renale.** (Die medizinischen Indikationen der Nieren-Transplantation.) [Serv. Mal. Métabol. et Rénales, Hôp. Antiquaille, Lyon.] Bull. Méd. lég. 10, 20—23 (1967).

Auf einer Tagung der Gesellschaft für gerichtliche Medizin von Lyon am 24. Juni 1966 wurde in mehreren Vorträgen das Problem der Nieren-Entnahme von lebenden Spendern aus rechtlicher Sicht erörtert. — Verf. bespricht zunächst in kritischer Form die medizinischen Möglichkeiten, die mit dieser Methode verbunden sind. Sie ist vorwiegend bei Krankheiten indiziert, die mit einer chronischen Insuffizienz der Nieren verbunden sind, und zwar besonders bei solchen Fällen, die nur noch durch dauernde Substitution und Anwendung der künstlichen Niere zu erhalten sind. Die Erfahrungen an rund 1200 durchgeführten Transplantationen zeigen, daß bei Nieren-Entnahmen von lebenden Spendern nach einem Jahr noch 60 % der Empfänger am Leben sind; bei Entnahmen von Toten war dies nur noch bei 30—40 % der Fall. Es bleibt jedoch zu hoffen, daß in Zukunft die Nieren-Transplantationen von Toten erfolgreicher verlaufen, wenn die Methoden zur Feststellung einer Gewebsverträglichkeit weiter ausgebaut und in der Praxis anwendbar sind. Zum Abschluß vertritt Verf. jedoch die Ansicht, daß Nieren-Transplantationen von Leben-

den immer notwendig sein werden, selbst wenn die Nieren-Entnahme von Patienten mit coma dépassé also in Fällen mit praktisch eingetretenem Gehirntod noch weiter ausgebaut werden sollten.

W. JANSSEN (Heidelberg)

**Maurice Muller et Pierre Muller: Est-il conforme à l'éthique médicale de signaler aux autorités les toxicomanes dont le médecin a à connaître professionnellement?** (Ist es mit der ärztlichen Ethik vereinbar, staatlichen Stellen Süchtige zu melden, die der Arzt in Ausübung seines Berufes kennengelernt hat?) Arch. Inst. Méd. lég. soc. Lille 1966, 39—44.

Die Anzahl der Süchtigen nimmt ständig zu. Da der Erwerb von Suchtmitteln in vielen Ländern durch gesetzgeberische Maßnahmen erschwert ist, steht der Süchtige häufig am Rande der Legalität. Da er es liebt Proselyten zu machen, ist er auch für die Gesellschaft und nicht nur für sich selbst eine Gefahr. Er wendet sich oft an den Arzt, um das gewünschte Mittel zu erhalten. Es ist denkbar, daß die Polizeiorgane eine neue wirksame Waffe im Kampfe gegen die Sucht besäßen, wenn der Arzt ihn dann melden würde. Dem steht das ärztliche Berufsgeheimnis entgegen. Es erhebt sich deshalb die Frage, ob das von Hippokrates unter ganz anderen zeitlichen Gegebenheiten geforderte Schweigen des Arztes in der heutigen Zeit mit ihren veränderten Bedingungen noch zu Recht besteht. Als Grundlage des ärztlichen Berufes muß das Vertrauen zwischen Patient und Arzt angesehen werden. Damit hängt die Gesundheit der Gesellschaft von der Aufrechterhaltung der Schweigepflicht ab. Man könnte zwar daran denken, die Sucht unter die meldepflichtigen Krankheiten einzureihen. Dies würde dem Arzt in bestimmten Fällen die Rechtsgrundlage für eine Meldung geben. Trotzdem wird vermutlich im allgemeinen die Gewissensentscheidung des Arztes gegen eine solche Meldung ausfallen. Eine bessere Kenntnis des illegalen Suchtmittelhandels ist damit auch kaum zu erreichen. Besser als die Einführung einer Meldepflicht dürfte die Hinzuziehung von Stellen des ärztlich-sozialen Dienstes sein, die ihre Recherchen wohl mit dem Takt durchführen würden, den sie z. B. auch bei der Bekämpfung der venerischen Erkrankungen erkennen lassen. Das Ziel sollte sein, die Agenten zu ermitteln, die die Suchtmittel vertreiben, und sie anzuzeigen, die Opfer aber durch Zusicherung eines absoluten Berufsgeheimnisses zu schützen.

M. GELDMACHER-V. MALLINCKRODT (Erlangen)

**E.-A. Ruhle: Die Rechtsstellung des ausländischen Arztes nach der Bundesärzteordnung.** Med. Klin. 62, 1285—1288 (1967).

Verf., Assessor von Beruf, zitiert zunächst die einschlägigen Bestimmungen der BÄO. Am 1. 1. 65 waren in der Bundesrepublik 2269 ausländische Ärzte tätig. Von diesen hatten nur 56 die deutsche Bestallung erhalten, wie dies in Ausnahmefällen im Benehmen mit dem Bundesgesundheitsministerium zulässig ist; die anderen hatten nur eine zeitlich begrenzte Genehmigung zur unselbständigen Tätigkeit in Krankenhäusern oder medizinisch-wissenschaftlichen Instituten. Verf. regt an, daß bei den zu erteilenden Genehmigungen auch die Meinung der zuständigen Ärztekammer eingeholt werden möge, was mitunter auch jetzt schon geschieht. Die behördliche Praxis bei der Erteilung der Bestallung an ausländische Ärzte ist nicht sonderlich liberal, man will wohl die einheimischen Ärzte vor Überfremdung schützen.

B. MUELLER (Heidelberg)

**1. DVO zum HeilprG — 1. HeilprG DV — § 2 Abs. 1 Buchst. h (Zulassung eines Tierarztes zum Heilpraktikerberuf).** Die Zulassung zum Heilpraktikerberuf darf nicht schon allein deswegen versagt werden, weil der Bewerber neben diesem Beruf auch einen anderen Beruf ausüben will. Die Vorschrift des § 2 Abs. 1 Buchst. h der 1. DVO zum Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) v. 18. 2. 1939 (RGBl. I 259) ist mit Art. 12 Abs. 1 Satz 1 GG nicht vereinbar. [BVerwG, Urt. v. 2. 3. 1967 — I C 52/64 (Münster).] Neue jur. Wschr. 20, 1525—1527 (1967).

Das Bundesverfassungsgericht ist der Auffassung, daß es für die Zulassung als Heilpraktiker nicht notwendig ist, daß diese Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt wird. Die Gefahr, daß Infektionskrankheiten, die bei Tieren vorkommen, auf den Menschen durch diese Tätigkeit übertragen werden, ist nicht sonderlich groß. Der zugelassene Heilpraktiker muß entsprechende Vorkehrungen treffen. Der Tierarzt darf nur für Tiere Medikamente aufschreiben, die rezeptpflichtig sind oder unter die Betäubungsmittelverordnung fallen. Er muß darauf achten, daß dies bei der Behandlung von Menschen nicht geschieht. (Die Liberalität bei der Auslegung des Heilpraktikergesetzes durch die obersten Gerichte wird nicht jeder für richtig halten; Ref.)

B. MUELLER (Heidelberg)

### **Verfassungsmäßigkeit von Bestimmungen ärztlicher Berufsordnungen. Bundesgesundheitsblatt 10, 253—254 (1967).**

Die Berufsordnungen einer Anzahl von Ländern sehen vor, daß die Kammermitglieder verpflichtet sind, am Sonntagsnotfallsdienst teilzunehmen; gegen die Heranziehung zu diesem Dienst wird mitunter protestiert. Ein Anaesthesist, der zu den gesetzlichen Krankenkassen nicht zugelassen war und an der Medizinischen Akademie arbeitete (an welcher Akademie, ist nicht erwähnt), hatte gegen seine Heranziehung zum Nothilfedienst geklagt. Das Bundesverwaltungsgericht billigte die Abweisung der Klage, die Heranziehung zur Notfallvertretung beruhe auf einem mit dem ärztlichen Beruf seiner Natur nach untrennbar verbundenen besonderen Pflichtenkreis (Urteil vom 1. 6. 65 B. Verf. G. I C 34/63). In einem anderen Falle hatte ein Facharzt für Nervenkrankheiten, der zu den Ersatzkassen, aber nicht zu den RVO-Kassen zugelassen war, gegen den Heranziehungsbescheid geklagt. Das zuständige Obergericht hatte die Klage abgewiesen, ohne eine Revision zuzulassen. Das Bundesverwaltungsgericht stellt sich jedoch auf den Standpunkt, daß eine Revision zulässig sei, da für die Beurteilung dieser Frage Fachärzte der Nervenheilkunde und Psychiatrie zugezogen werden müßten. — Der bayerische Verfassungsgerichtshof hat die Bestimmung der bayerischen Berufsordnung gebilligt, nach welcher eine gemeinsame Praxisausübung eines Arztes mit einem Heilpraktiker nicht zulässig sei.

B. MUELLER (Heidelberg)

### **E. Buresch, G. Jäschke und L. Penndorf: Über die Verantwortlichkeit des Militärarztes für therapeutische Maßnahmen aus medizinischer und juristischer Sicht I und II. Z. Militärmed. 8, 73—96 und 198—201 (1962).**

Zwei der Verff. (BURESCH und PENNDORF) sind Juristen im Justizdienst der Nationalen Volksarmee, der dritte (JÄSCHKE) ist Militärarzt. Der Sanitätsdienst ist selbständig, die Ärzte unterliegen nicht Weisungen des Truppenkommandeurs. Der Soldat hat Anrecht auf gesundheitliche Betreuung innerhalb und außerhalb des Dienstes. Erkrankt er auf Urlaub oder auf einer Dienstreise, so können zivile medizinische Dienststellen um Übernahme der Behandlung gebeten werden; der Truppenarzt muß jedoch den Fall im Auge behalten und dafür sorgen, daß er, sobald dies möglich ist, zur Behandlung in eine militärische Sanitätsdienststelle überführt wird. Die Behandlungsbefugnisse der Militärärzte richten sich danach, inwieweit Fachärzte zur Verfügung stehen. Der Militärarzt haftet wie jeder andere Arzt strafrechtlich für die Folgen einer Fehlbehandlung. Die Definition der Fahrlässigkeit im künftigen Strafrecht der DDR wird zitiert. Außerdem besteht auch nach den Bestimmungen des BGB eine zivilrechtliche Haftpflicht; doch haftet in solchen Fällen der Staat und nicht der Militärarzt persönlich. Berücksichtigt werden auch die Bestimmungen über unterlassene Hilfeleistung im Strafrecht und über Geschäftsführung ohne Auftrag im Zivilrecht, z.B. Behandlung eines Bewußtlosen. Aus dem Aufsatz geht hervor, daß die einschlägigen Bestimmungen in der DDR noch nicht allzusehr von denen der Bundesrepublik abweichen.

B. MUELLER (Heidelberg)

### **BGB §§ 631 ff. (Vertragsverhältnis zwischen Facharzt der Orthopädie und Patient).**

Die Beauftragung eines Facharztes der Orthopädie mit der Verordnung loser Schuheinlagen begründet nicht einen Dienst-, sondern einen Werkvertrag. Ein Anspruch des Arztes auf Arzthonorar entfällt sonach, wenn die Schuheinlagen nicht passen. [AG Krefeld, Urt. v. 25. 4. 1967 — 1 d C 1057/66.] Neue jur. Wschr. 20, 1512 (1967).

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

Silvio Merli, Giancarlo Umani Ronchi e Alvaro Marchiori: La determinazione su macchie di sangue dei fattori Gm (a), Gm (b) e Gm (x). (Die Bestimmung der Eigenschaften Gm(a), Gm(b) und Gm(x) an Blutflecken.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Roma.] Zacchia 40, 368—380 (1965).

Verff. bestimmten die Eigenschaften Gm(a), Gm(b) und Gm(x) aus Blutflecken. Sie stellten fest, daß eine Mindestmenge von 1,3 mg Trockensubstanz (getrocknetes Blut) notwendig ist. Es