

# Referate

## Allgemeines

● **Jahrbuch 1955.** Veröffentlichungen. (Akademie f. Staatsmedizin Düsseldorf.) Düsseldorf: Andreas & Hans Hofbauer 1955. 160 S.

Das Jahrbuch enthält in seinem ersten Teil Arbeiten von Dozenten der Düsseldorfer Akademie für Staatsmedizin; GERFELDT (Präsident der Akademie) berichtet über soziale Pathologie und Soziologie des Rheumatismus und seiner Folgekrankheiten; weitere Arbeiten beschäftigen sich mit dem Maltafieber im Reg.-Bezirk Düsseldorf (TRÜB), mit der Erfolgsstatistik einiger Pockenschutzlymphnen (SAUER), mit der Salmonella typhi und paratyphi-B (TRÜB und SAUER) und mit Fragen des Krankentransportes (SAUER). Unter den Referaten über Prüfungsarbeiten sind vom gerichtsmedizinischen Standpunkt aus bemerkenswert eine Darstellung der Berufserkrankungen beim Krankenpflegepersonal (ZEUGNER), sowie Referate über die Entwicklung der Fehlgeburten nach Unterlagen der Ortskrankenkassen (SCHLAUDRAFF), über das Todeszeitalter und die Geschlechtsbestimmung durch Untersuchungen an aufgefundenen Skeleten (TRUTE), über die Entwicklung der Rausch- und Schlafmittelsucht nach dem Kriege (STENGEL-v. RUTKOWSKI), über den Versicherungsschutz bei Staublungenerkrankungen (HUSTEN), über die Begutachtung von Spritzenabscessen (ALTVATER) und über die Anerkennung von Folgen von Witterungseinflüssen, wie Hitzschlag, Sonnenstich und Erfrierung als Arbeitsunfall (COBSMEIER); mit den Möglichkeiten einer Fruchtabtreibung durch Ultraschall hat sich kritisch WIEGAND beschäftigt; die versicherungsmedizinische Bedeutung des Selbstmordes bei Geisteskranken und symptomatischen Psychosen wird von TELSCHOW besprochen; den Referaten über die Prüfungsarbeiten ist Literatur nicht beigegeben, doch kann sie von den Verff. angefordert werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

G. Hesse: Neues aus der Gerichtlichen Medizin und ihren Grenzgebieten (1955). Dtsch. Gesundheitswesen 1955, 1515—1517, 1574—1577.

John L. Flynn: The office of coroner vs. The medical examiner system. J. Crim. Law a. Pol. Sci. 46, 232—238 (1955).

B. Breitner: Von Rokitansky zu Landsteiner. Münch. med. Wschr. 1955, 965—966.

S. Stefanko: Le mécanisme pathologique des extravasations sousendocardiaques. (Der pathologische Mechanismus der subendokardialen Blutaustritte.) [Inst. d'Anat. Path., Ecole de Méd., Cracovie.] Bull. Acad. pol. Sci., Cl. 2 3, 79—82 (1955).

Bei 2050 Obduktionen wurden 107mal subendokardiale Blutungen im Kammerbereich des Reizleitungssystems gesehen, immer gleichzeitig mit einem akuten Hirnödem (umgekehrt waren aber bei 455 anderen Fällen von Hirnödemen keine Ekchymosen vorhanden). Es wird der Begriff eines „kardiocerebralen Syndroms“ geprägt. Die Kombination Hirnödemen-Endokardblutungen fand sich fast bei allen Fällen von operierten Hirngeschwülsten, von Tod nach „homonymer“ (Faktorensysteme? Ref.) Bluttransfusion, in akuten Psychosen, im Status epilepticus, während Elektroschock, während oder nach Operationen in der Bauchhöhle, an Encephalitis, Meningitis, Poliomyelitis, Säuglingsdiarrhoe. Die Herzwandblutungen werden als Zeichen einer neurovegetativen „Enthemmung“ oder „Diskoordination“ am Blutgefäß gedeutet. SCHLEYER (Bonn)

A. C. Mundy-Castle: Electroencephalography and forensic medicine. II. Forensic implications. (Elektroencephalographie und forensische Medizin. II. Forensische Folgerungen.) [Nat. Inst. f. Person. Res., South African Council. f. Sci. and Industr. Res., Johannesburg.] J. Forensic Med. 2, 95—117 (1955).

Es wird versucht, eine zusammenfassende Darstellung der Bedeutung des EEG für die gerichtliche Medizin zu geben. Im ersten Teil erfolgt zunächst ein Überblick über den heutigen Stand der Forschung des EEG, seiner verschiedenen Frequenzen und seiner Abweichungen von der Norm, hierauf werden die Hauptgebiete, in denen das EEG forensische Bedeutung besitzt,

erörtert. Es handele sich dabei einmal um die Feststellung einer Hirnschädigung oder einer Epilepsie als Verbrechensfolge, ein anderesmal um die Frage, ob ein bestimmtes dissoziales Verhalten auf eine Störung der Hirnfunktion zurückgeführt werden müsse. Im zweiten Teil der Arbeit werden Charakter und Bedeutung der bei epileptischen und posttraumatischen Zuständen sowie bei verschiedenen Gruppen von Straftätern gesehene EEG-Befunde dargestellt, wobei besonderes Gewicht auf die Trennung — aber nicht den gegenseitigen Ausschluß — von den bei der Epilepsie und den während der Entwicklung beobachteten Abweichungen im EEG gelegt wird; während die „epileptischen Frequenzen“ paroxysmal seien, wären die „Reifungsrhythmen“, die besonders im EEG schweriger Kinder und aggressiver Psychopathen gesehene würden, nicht paroxysmal. Im allgemeinen haben kriminelle Persönlichkeiten einen größeren Prozentsatz von abnormen EEG-Befunden aufzuweisen als die nichtkriminelle Bevölkerung, dieser Prozentsatz nehme aber mit dem Alter ab. Es folgen dann Studien über das EEG von Mördern, die abnorme EEG-Befunde mit häufigem Zusammentreffen von epileptischen und „reifungsbedingten“ Abweichungen zeigten sowie einen ungewöhnlich hohen Prozentsatz von Epilepsie aufwiesen. Es wird aber ausgeführt, daß das aggressive Verhalten der Epileptiker nicht auf die Epilepsie selbst, sondern auf mehrere andere Faktoren — im besonderen auf die „Instabilität“ des Schläfenlappens und die „steigende Tendenz zur zentralnervösen Instabilität gegenüber Belastungen“ — zu beziehen sei. Diese beiden Faktoren wären übrigens auch für die während der Reifung bestehenden Abweichungen des EEG von Bedeutung.

ILLCHMANN-CHRIST (Kiel)

#### F. Trendtel: Mißstände im Gutachterwesen? Medizinische 1955, 1079—1083.

Aus einer reichen Erfahrung als langjähriger Gutachter spricht Verf. offen Schwierigkeiten, die im Gutachterwesen auftauchen können. Hierbei werden eine Fülle von Fragen, wie Parteigutachten, Stellungnahmen der Hausärzte, Obergutachtenwesen, schwierig zu beurteilende Krankheitsbilder, Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitsfestsetzung u. a. angeschnitten, die im Rahmen des Referates nicht wiedergegeben werden können, sondern im Original nachgelesen werden müssen.

GOLDBACH (Marburg a. d. Lahn)

#### Ernst Buresch: Hat die Rechtsanordnung einen anderen Ursachenbegriff als die Naturwissenschaft? Med. Sachverständige 51, 147—148 (1955).

Objektiv-ursächlicher und bloß „psychologischer“ Zusammenhang (z. B. arglistige Täuschung) sind verschiedene Beziehungsreihen, die nicht vermengt werden dürfen. Steht ein *Ursachenzusammenhang* in Betracht, so kann die juristische Auffassung nicht einen Zusammenhang feststellen wollen, den die Naturwissenschaft verneint (etwa bei der „Neurose“ im Zivilprozeß). Sie darf lediglich aus der Vielzahl der Bedingungen eines Geschehens eine *Auswahl* treffen (Adäquanztheorie im Bürgerlichen Recht, Theorie der „wesentlichen“ Ursache im Sozialrecht). Ein durch eigene seelische (Fehl-) Verarbeitung entstandener, psychologisch zu verstehender Irrtum (die Neurose) ist niemals eine Anspruchsgrundlage gegen einen Dritten.

SCHLEYER (Bonn)

#### E. Buresch: Warum keine „Mitverursachung“? Med. Sachverständige 51, 121—123 (1955).

Im Sozialrecht gilt der Begriff der „wesentlichen Ursache“. Die Manifestation oder die ungünstige Beeinflussung einer anlagemäßig bedingten oder schon vorher vorhandenen Krankheit durch äußere Einwirkungen während des Militärdienstes sind *Mitursachen*, müssen aber als solche mit etwa dem gleichen Wirkungsgrad an dem zu beurteilenden Erfolg beteiligt gewesen sein, wie die innere Mitursache und eine „besondere Beziehung“ zu ihm haben. Es ist jedoch nicht richtig, nun aus der Anerkennung einer zur Entschädigung verpflichtenden Ursache eine Rentengewährung nach der vollen Höhe des Schadens zu folgern. Vielmehr sollten *Teilursachen* (wenn auch „wesentlicher“ Art) auch nur anteilsentsprechend mittels Teilrenten entschädigt werden, unbeschadet oder vielleicht gerade wegen der Annahme einer „zusammenwirkenden Mitverursachung“ durch zwei (oder mehr) annähernd gleichwertige „wesentliche Ursachen“, es sei denn, die äußere Einwirkung ist eindeutig vorherrschend.

SCHLEYER (Bonn)

#### Hans Rehder: Wunderheilung. Ein Experiment. [Klin. f. Magenkranke, Hamburg-Altona.] Hippokraties 26, 577—580 (1955).

Der Autor berichtet über mehrere psychophysisch begründete erfolgreiche Experimente, die an drei klinisch schwerkranken Frauen durchgeführt wurden. Die eine Patientin litt an schwerer chronischer Cholelithiasis mit Koliken, die zweite hatte nach schwerer Pankreasoperation nur noch 34 kg Körpergewicht und litt an Darmatonie und Darmstenosen. Die dritte Frau hatte

ein Uteruscarcinom mit Bauchfellcarcinose. Der Wunderheiler Dr. jur. TRAMPLER, Verf. des Buches „Heilung durch den Geist“, verabredete mit dem Autor einen Heilversuch. TRAMPLER, der nach Art des Wunderheilers Gröning arbeitete, berichtete, „daß die geistige Empfangsschaltung seiner Patienten an ihn nicht immer an seine Gegenwart gebunden sei, sie könne in die Ferne gerade so stark wirken, wie in seinem Behandlungszimmer“. So wurden „Fernsendungen“ (von München nach Hamburg) zu genau verabreiteter Zeit durchgeführt, ohne daß die Patientinnen es wußten. Die „Sendungen“ hatten keinerlei Erfolg. In Anbetracht des fast aussichtslosen Zustandes der Kranken entschloß sich der Autor zu einem Gegenexperiment. Er erzählte den Kranken bei günstiger Gelegenheit von der „Heilung durch den Geist“ und den Wunderheilungen von Lourdes. Er gab ihnen ferner das Buch von TRAMPLER zu lesen. So bereitete er sie 8 Tage auf „Fernsendungen“ vor, die auf die Minute genau festgelegt wurden. TRAMPLER wurde davon nicht verständigt. Den Patientinnen wurden auch noch „aufgeladene“ Aluminiumstreifen übergeben. Die *Scheinsendungen* hatten vollen Erfolg. Die Patientinnen hatten „Sendefühle“, „Durchströmungen“ und mit der subjektiven Besserung traten auch objektiv faßbare klinische Erfolge ein, teilweise erstaunlicher Art. Darauf verlangte ein weiterer Patient die gleiche erfolgreiche Behandlung mittels „geladener“ Aluminiumfolie und „Fernsendung“. Die Folie wurde in seiner Gegenwart „aufgeladen“ und die Sendungen hatten schließlich vollen Erfolg. In anderen Fällen spürten Patienten bei der Sendung ein Umknicken des Fußes, ein Kitzeln in der Fußsohle oder es traten hypnotische Erscheinungen zur Sendezeit ein. — Der Autor hat die Grundlagen solcher „Wundheilungen“ treffend zusammengestellt und kritisch darauf hingewiesen, daß derartige Heilungen nichts Außergewöhnliches seien. Der „Heiler“ müsse nur nach Kenntnisnahme des Psychosomatischen Substrates sich davor hüten, die Heilerfolge als Beweis für die Heilkraft des Mittlers, seiner Mittel oder seiner begnadeten Diagnostik anzusehen.

PROKOP (Bonn)

**G. Nette:** Die Euthanasie. Internat. kriminalpol. Rev. 10, 98—105 (1955).

Das Wort „Euthanasie“ (BACON, 17. Jahrhundert) ist weniger alt als der Begriff: Die Germanen, Alt-Indier, Spartaner töteten Greise und Kranke ohne Einverständnis, allein zur Entlastung des Gemeinschaftslebens. Anderenorts beruhte die Tötung auf freiwilligem Entschluß (Kantabrier u. a.). Im Mittelalter gewann mal das Für, mal das Wider an Übergewicht, von der Kirche energisch verfochten. Auch die (jüngste) Neuzeit füllt in dem geschichtlichen Überblick ihren breiten Raum aus. Verf. gibt dann die Auffassung der französischen Ärzteschaft wieder: Es ist die Aufgabe des Arztes, „das Leben zu erhalten, selbst wenn seine Flamme nur noch ganz schwach schimmert“. Überdies ist der Arzt auch bei richtiger Diagnose der Nähe des Todes nicht sicher. Ein weiterer Gesichtspunkt ist die Zweifelsfrage, ob der durch Leiden und Schmerz entmutigte und über seinen Zustand oft unaufgeklärte Kranke über seine kritische Vernunft verfügt, wenn er seine Einwilligung gibt oder den Tod fordert. Auch den Angehörigen darf man die Entscheidung nicht übertragen, weil sie das Krankheitsstadium nicht beurteilen können und weil in manchen Fällen damit zu rechnen ist, daß ihre Entschlüsse von nicht uneigennütigen Absichten beeinflußt werden (Einsparen unnützer Behandlungskosten u. a.). Der Schmerz kann für die Zulassung der Euthanasie kein Vorwand mehr sein in einem Zeitalter, das beachtliche Fortschritte in der Schmerzbekämpfung zu verzeichnen hat. Schon wegen der Möglichkeit krimineller Mißbräuche darf es grundsätzlich nicht zur Anwendung der Euthanasie kommen. Bezüglich der Gesetzgebung wird darauf hingewiesen, daß rechtlich Mord oder Totschlag vorliegt, wenn nicht — wie in der Schweiz, in Italien, Deutschland, Spanien, Holland, Norwegen, Brasilien und Peru — das Strafgesetzbuch einen besonderen § (Tötung auf Verlangen) enthält. Straffreiheit wäre nur dann zu erzielen, wenn die Euthanasie als Beihilfe zum Selbstmord ausgelegt wird in den Ländern, die den Selbstmord nicht unter Strafe stellen. Abschließend stellt Verf. fest, daß es Mittelwege in der Strenge der Auslegung gibt. „An der Grenze zwischen Pflicht und Gefühl wird das Gewissen Richter sein.“

RAUSCHKE (Heidelberg)

**Laurenz Heinrichs:** Der Index librorum prohibitorum und das Gesetz über die Verbreitung jugendgefährdender Schriften. Kriminalistik 9, 265—267 (1955).

In kurzen Zügen werden das Wesen und die Gedankengänge bei der Aufstellung des Index der katholischen Kirche durch Papst Alexander VI. vor 450 Jahren sachlich an Beispielen erklärt. Es werden Parallelen dieser alten und in ihrer Auswirkung als günstig erachteten Einrichtung zum Gesetz über die Bekämpfung unzüchtiger Schriften (9. Juni 1953, BGBl. I S. 377, betr. jugendgefährdende Schriften) gezogen. Das langsam arbeitende Abwicklungsverfahren mit der vierfachen Sicherung beim Vatikan kann bei der schnellen Publikation von heute nicht maßgebend für das neue Gesetz sein. Es wird eine Art Schnellverfahren verlangt, damit die betreffen-

den Zeitschriften nicht schon an den Mann gebracht sind, ehe der Gesetzesapparat angelaufen ist. Die Vorschriften des Index der katholischen Kirche wurde vom Gesetzgeber für das Gesetz über die Verbreitung jugendgefährdender Schriften vom 9. 7. 53 abgewandelt übernommen. Es wird zugestanden, daß dies neue Gesetz ebenso wie der Index nur wirksam sein kann, wenn sich die Bevölkerung einsichtig danach verhält. Diktatorische Zwangsmaßnahmen können bei beiden Verbotslisten natürlich nicht zur Anwendung kommen. BOSCH (Heidelberg)

**A. Mette: ABC-Massenvernichtungsmittel und Ärzteschaft.** Dtsch. Gesundheitswesen 1955, 951—952.

**Joachim Bodamer: Der Arzt als Gesundheitsfunktionär.** Zur Enthumanisierung der Medizin in der Massengesellschaft. Wort u. Wahrheit 10, 593—598 (1955).

Die technische Welt („Sekundäres Daseinssystem“, HANS FREIER) habe den sinnfälligen Beruf des Arztes in gesonderte Funktionen zerlegt. Von 70000 in der Bundesrepublik Deutschland tätigen Ärzten stehe die Hälfte in kassenärztlicher Praxis, die andere im Krankenhaus, beides, Praxis und Krankenhaus, Orte, an denen („die noch immer schicksalhafte“) Begegnung von Arzt und Patient in fast vollkommen technisierter „Begegnung“ sich abspielt. Die Technisierung der Medizin, die Sozialversicherung einschließlich ihrer Folgen, die Degradierung der Krankheit zu einer „Betriebsstörung“: Dies seien die drei wesentlichsten Erscheinungsformen der technisierten Medizin dieser Epoche, in der nur Krankheiten, welche die Ärzte wahrnehmen, vorhanden sind, die Kranken nur Heilmittel erwarten, die marktfähig wären. Das theologische und philosophische Fundament der Medizin sei durch eine technokratische Ideologie ersetzt worden: Experiment und Statistik, Bakteriologie, Zellenlehre, Hygiene, Diagnostik, das Laboratorium sei zwischen Arzt und Krankenbett eingeschoben, das Krankenhaus in eine Klinik, der Kranke in ein Objekt verwandelt. Die Medizin als technisierte Gesundheitsfürsorge könne nur durch eine neue Konzeption vom Wesen und Sinn der Gesundheit und Krankheit befreit werden. Krankheit sei nicht ein biologischer Ablauf, sondern eine Form des Menschseins (WEIZSÄCKER). Der Automatismus der überfüllten Sprechstunde zwinge, mit Rezept, Spritze und Tablette eine Therapie zu treiben, deren Reichweite dem Arzt kaum verborgen bleiben könne. Die Krankenversicherung, ursprünglich als Schutz der sozial Schwächsten gedacht, umfasse 80% der Bevölkerung, die Tendenz, auch den Rest vollends in sich aufzunehmen, sei unverkennbar. Die Krankheit sei ökonomisiert, der Planung und Verwaltung und, nicht zu übersehen, dem Machtstreben unterworfen. Der Arzt in der Massengesellschaft habe, ob er wolle oder nicht, auch die Physiognomie der Masse angenommen und laufe, als Gesundheitsfunktionär einer Massengesellschaft, Gefahr, Opfer und Objekt auch politischer Wandlungen zu werden.

H. KLEIN (Heidelberg)

**Hans Schaub: Selbstmord und Selbstmordversuch im höheren Lebensalter.** Diss. Basel 1955. 55 S.

**J. Im Obersteg: Das Selbstmordproblem in der gerichtlichen Medizin.** [Gerichtl.-med. Inst., Univ., Basel.] Schweiz. med. Wschr. 1955, 1013—1016.

Im Rahmen seines Habilitationsvortrages gibt Verf. eine einschlägige Übersicht unter besonderer Berücksichtigung der schweizer und speziell der Basler Verhältnisse. In den letzten beiden Jahrzehnten haben sich jährlich in der Schweiz 1000—1200 Menschen das Leben genommen. Verf. setzt sich für den Gebrauch der korrigierten Selbstmordziffer ein, d. h. Zahl der jährlichen Selbstmordfälle, bezogen auf je 100000 Einwohner unter Ausschluß der Bevölkerung vor dem 15. Lebensjahr. Die Schweiz steht seit Jahrzehnten in der europäischen Selbstmordstatistik an einer der ersten Stellen. Für Basel läßt sich eine leichte Abnahme der Selbstmordhäufigkeit in den Jahren 1925—1954 nachweisen. In den Jahren 1933 und 1945 besteht für Basel eine aufsteigende Zacke, und zwar war sie für das Jahr 1933 dadurch bedingt, daß an den Selbstmorden 25% Ausländer beteiligt waren (Zeit der Machtübernahme durch Hitler). Im übrigen entsprechen die von Verf. mitgeteilten Zahlen den auch sonst vorliegenden Beobachtungen. Der Einstellung von RINGEL und PIERRE SCHNEIDER, nach welcher der Selbstmörder immer geisteskrank sei und nach der der Begriff des Bilanzselbstmordes völlig abgelehnt wird, glaubt Verf. nicht im vollen Maße beitreten zu können. Die Arbeit schließt mit Ausführungen über die Selbstmordprophylaxe.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Wolfgang Heyn: Der Selbstmord als soziales Phänomen.** Münch. med. Wschr. 1955, 1389—1392.

Verf., der Berufsstatistiker ist, schlüsselt das vorliegende Material nach statistischen Gesichtspunkten auf, wobei er sich darüber beklagt, daß die Grundlagen auch jetzt noch ziemlich lückenhaft sind. Das vorliegende medizinische und speziell gerichtsmedizinische Schrifttum über diese Frage wird nicht berücksichtigt. Nach den Feststellungen des Verf. war die Selbstmordziffer in der Bundesrepublik im Jahre 1950 (2,74 männlich und 1,19 weiblich) etwas geringer als die in Dänemark, Österreich, Schweiz und für die Männer auch in den USA. Sie war etwas geringer in Japan und viel geringer in Spanien und Irland. Die Gesamtselfbstmordziffer lag in Deutschland im Jahre 1938 bei 2,83; sie war in den Jahren 1947 und 1948 gering (1,55 bzw. 1,57; s. auch B. MUELLER und SITKA, Ärztl. Wschr. 1949, 663). Sie stieg langsam an und betrug in den Jahren 1950 und 1951 1,9. Seit dem Jahre 1952 beträgt sie wieder 1,8. Die übrigen statistischen Aufschlüsselungen bringen Bekanntes. Auch jetzt ist das Erhängen noch die häufigste Selbstmordart. Die Selbstmordziffer ist bei den Katholiken geringer als bei den Evangelischen und Gemeinschaftslosen, sie ist in den Großstädten größer als in kleinen Städten und auf dem Lande. Selbstmorde durch Leuchtgasvergiftung nehmen stetig zu. Selbstmorde durch Feuerwaffen sind erklärlicherweise in Deutschland sehr selten.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Th. Kohlmann und H. Stepan: Zum Problem des Aufdeckens von Selbstmordtendenzen in Projektionstests (Rorschach- und Szondi-Versuch).** [Psychiatr.-Neurol. Univ.-Klin., Wien.] Wien. Z. Nervenheilk. 12, 54—78 (1955).

**Francesco Introna: La prova psicodiagnostica di Rorschach in dieci casi di tentato suicidio.** [Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Padova.] Atti Ist. Med. legale (Padova) 1954, 59—81 (1955).

**L. Breitenecker: Selbstmord durch selbstgebaute Guillotine.** [Prosekt., Allg. öffentl. Krankenh., Wiener Neustadt.] Illustr. Rdsch. Gendarmerie 8, H. 10, 6—8 (1955).

Ein Kriegsbeschädigter (doppelamputiert), der zu depressiven Verstimmungen neigte und auch sonst schon Selbstmordversuche gemacht hatte, wurde mit einer tiefen schnittähnlichen Wunde im Nacken tot aufgefunden. Genaue Vernehmung der Angehörigen und sorgfältige Rekonstruktion der Vorgänge durch Verf. ergaben, daß der Betreffende sich in der Werkstatt seines Vaters selbst eine Guillotine gebaut und das Fallbeil durch eine Sonderkonstruktion ausgelöst hatte. Das Instrument hatte die Nackenmuskulatur und den Bogen des 3. und 4. Halswirbels verletzt, die Dura war eröffnet, das Rückenmark war unverletzt geblieben. Die weitere Rekonstruktion ergab, daß der Verletzte sich noch aus dem Fallbeil befreit hatte und aus den durchtrennten Arterien verblutet war. Die Angehörigen hatten den Versuch gemacht, den Selbstmord aus kirchlichen Rücksichten zu verheimlichen.

B. MUELLER (Heidelberg)

**H. Triska: Ein Fall von penetrierenden Stichverletzungen des Schädels.** [I. chir. Univ.-Klin., Wien.] Wien. Z. Nervenheilk. 12, 110—113 (1955).

Offenbar zwecks Aufhebung der Untersuchungshaft Selbstbeibringen von 10 noch röntgenologisch festgestellten Drahtstiften im Schädelinnern. Tod an Hirnabsceß. Kurzer Hinweis auf ähnliche frühere Mitteilungen, aber ohne Berücksichtigung des gerichtlich-medizinischen Schrifttums.

JUNGMICHEL (Göttingen)

**F. Reischauer: Das sog. chronische traumatische Handoedem als Modell der Analyse von Selbstschädigung.** [18. Tagung, Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Stuttgart, 3. u. 4. VI. 1954.] Hefte Unfallheilk. 1955, H. 48, 185—194.

Unter Hinweis auf die Monographie (Hefte z. Unfallheilk. H. 30. Leipzig: F. C. W. Vogel 1940) wird an Hand eines Falles in temperamentvoller und überzeugender Form von dem Vortragenden bewiesen, daß jede über Monate und Jahre dauerhafte oder rückfällige Handrücken- und Fingerschwellung bei negativem Röntgenbild auf einer Selbstschädigung beruht und nicht auf einer vegetativen Neurose. Selbstverständlich müßten zunächst echte Handschwellungen nach Infektionen und Verletzungen, Narben usw. ausgeschlossen werden. Mit Recht wird hervorgehoben, daß sich der Arzt oft von dem gerissenen Betrüger gutgläubig hinters Licht führen

lasse, weil der behandelnde Arzt zu wenig kriminalistisch denke und handle. — Untersuchung im Evipanrausch „als verantwortungsbewußter Staatsbürger“ ohne Zustimmung des Untersuchten scheint aber doch bedenklich (Ref.). JUNGMICHEL (Göttingen)

**E. Kunze: Artefakt unter dem Bilde eines traumatischen Handrückenödems.** [Univ.-Hautklin., Rostock.] *Dermat. Wschr.* 131, 59—62 (1955).

In der kasuistischen Mitteilung wird eine Krankenbeobachtung beschrieben, bei der ein Artefakt als Ursache eines „traumatischen Handrückenödems“ eruiert werden konnte. Außer dem Handrückenödem bestand an der Radialseite des linken Unterarms im distalen Drittel eine Schnürfurche nach vorausgegangener Strangulation. Es wird die Möglichkeit in Erwägung gezogen, daß das Ödem auf strangulierende Maßnahmen zurückzuführen ist. Des weiteren erscheint es möglich, daß die Patientin das Ödem auch durch systematisches Beklopfen des Handrückens mit einem harten Gegenstand unterhalten hat. Hierfür sprachen kleine Narben auf dem Handrücken und auch die Tatsache, daß die Patientin eindeutig artefizielle Verletzungen am Fußrücken aufwies. Eingestanden hat die Patientin nichts, jedoch stellte es sich heraus, daß sie eine Rente bezog, von der sie nach ihren Angaben recht gut leben konnte.

H. WALTHER (Pforzheim)<sup>oo</sup>

**Benoiston, Gest et Creach: Ingestion épidémique d'objets hétérocelites chez un groupe de délinquants.** (Epidemisches Verschlucken seltener Gegenstände bei einer Gruppe von Kriminellen.) [*Soc. de Méd. Lég. et Criminol. de France*, 13. VI. 1955.] *Ann. Méd. lég. etc.* 35, 174—180 (1955).

Im Laufe der Jahre 1953—1955 verschluckten 5 Strafgefangene (Schwachsinnige und Psychopathen) in derselben Anstalt Metallgegenstände ohne erkennlichen Anlaß. Verff. versuchen eine psychologische Erklärung im Sinne einer „contagion mentale“. SCHLEYER (Bonn)

**Nils Bejerot und Ragnar Berfenstam: Tödliche Unfälle in Schweden mit besonderer Berücksichtigung der Unfälle im Kindesalter. IV.** *Social-med. Tidskr.* 32, 189—196 (1955) [Schwedisch].

Die Untersuchung betrifft in diesem letzten Teil die heterogene Gruppe von tödlichen Unfällen, die nicht von Ertrinken oder Verkehr verursacht sind, und die Zahlenangaben, die der öffentlichen schwedischen Statistik entnommen sind, beziehen sich auf die 40. Jahresperiode 1911—1950. Diese Gruppe ist die größte, und Schäden durch Sturz bilden hier beinahe die Hälfte. Während dieser Zeitperiode haben sich unter den Frauen diese Schäden stark vermehrt. Im ganzen zeigt sich im Alter eine bedeutende Zunahme; etwa das Doppelte bei Frauen im Verhältnis zu derjenigen bei Männern. Bemerkenswert ist, daß während der Zeitperiode die Zahl der Unfälle bei Männern im Alter von 60—70 Jahren sich deutlich vermindert hat. Neben den Schäden durch Sturz sind in dieser Sammelgruppe gewisse Formen von stumpfer Gewalt und Verbrennung am zahlreichsten. In bezug auf die Kinder (= weniger als 15 Jahre alt) zeigen sich die jüngsten (0—5 Jahre) am stärksten bedroht; gleichzeitig zeigen gerade die jüngsten eine bedeutend abnehmende Frequenz der Unfälle während dieser Zeitperiode. Im Alter von 5 Jahren ist das Risiko eines tödlichen Verlaufes eines Unfalls nur  $\frac{1}{3}$  im Vergleich mit dem 1. Lebensjahre. Die Zahl der tödlichen Unfälle ist bei kleinen Knaben höher auf dem Lande als in den Städten; das Umgekehrte gilt aber für die kleinen Mädchen. Seit 1947 ist die statistische Aufteilung weitergeführt und damit ermöglicht festzustellen, daß in dieser Sammelgruppe die gewöhnlichsten Todesursachen bei Kleinkindern folgende sind: Erstickung (zumeist Säuglinge), Verbrennung (2—4 Jahre), Sturz (1—3 Jahre) und Vergiftung (tödliche Unfälle hier etwa 10-jährlich, nichttödliche aber 200—300mal gewöhnlicher). Im Vergleich mit einer Reihe anderer Nationen geht hervor, daß die gesamte Zahl von tödlichen Unfällen in Schweden (26:100000) nur in Dänemark (24,4) und in der Schweiz (25,3) geringer gewesen ist. EINAR SJÖVALL (Lund)

**K. Seewald: Auswertung der Todesfälle im Unfallkrankenhaus Linz 1951—1953.** [AUVA, Unfallkrankenhaus, Linz.] *Mtschr. Unfallheilk.* 58, 263—271 (1955).

Die Auswertung erfolgte im Vergleich mit den von K. H. BAUER 1953/54 mitgeteilten Zahlen und ergab wesentliche Verschiedenheiten, was — mit Recht — auf die verschiedenartige wirtschaftlich-geographische Struktur des Einzugsgebietes der beiden Krankenhäuser zurückgeführt wird. So standen in Linz die Arbeitsunfälle (mit 42,26%) an der Spitze vor den Unfällen des täglichen Lebens (27,49%) und den Verkehrsunfällen (22,21%), während in Heidelberg die Reihenfolge war: Unfälle des täglichen Lebens 44,3%, Verkehrsunfälle 27,2% und dann

erst Arbeitsunfälle mit 23,5%. Die Mortalität betrug in Linz 1,36%, in Heidelberg 3,86%. In beiden Krankenhäusern hatten aber die Verkehrsunfälle die höchste Mortalität. Die Arbeit enthält so viele Zahlenangaben und Einzelheiten auch in therapeutischer Sicht, daß sie gegebenenfalls im Original nachgelesen werden müßte. Auf die besondere Gefährdung der frontobasalen Schädelbrüche (aufsteigende Infektion durch Nebenhöhlen) wird ebenso hingewiesen wie auf die Notwendigkeit einer Laparotomie bei dem leisesten Verdacht auf eine organische Verletzung (s. auch SLANY) und die Bekämpfung des primären Verletzungsschocks. Die Forderung von KIRSCHNER und K. H. BAUER: Einführung der Tragepflicht von Sturzhelmen bei Radfahrern wird ebenfalls erhoben.

JUNGMICHEL (Göttingen)

**Wolfgang Brandenburg: Pathologisch-anatomische Untersuchungen schwerer Unfälle.** [Path. Inst., Städt. Auguste-Viktoria-Krankenh., Berlin-Schöneberg.] *Ärztl. Wschr.* 1955, 383—391.

Es werden 6 einschlägige Fälle von Schädel- und Hirnverletzungen, 3 ebenfalls einschlägige Herz- und Gefäßrisse und 2 übliche Fälle von Fettembolie nach Knochenbrüchen eingehend beschrieben und ausführlich epikritisch nach bekannten pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten besprochen („Als Folge der ausgedehnten Läsion des stark fetthaltigen Knochenmarkes kam es zu einer Fettembolie, d. h. einer Einschwemmung von Fett-Tröpfchen in den venösen Schenkel des Kreislaufes, der im rechten Herzen endet“; weiterhin: Beschreibung, wie Fetttröpfchen bei offenem Foramen ovale in den arteriellen Kreislauf und in das Gehirn kommen können). Der Feststellung, daß Fett auch durch die Lungengefäße in das linke Herz kommen kann, wird ein ganzer Abschnitt gewidmet.

H. KLEIN (Heidelberg)

**Lars-Bruno Kritz: Der staatliche Verkehrssicherheitsrat und die Verkehrssicherheitsforschung.** Nord. kriminaltekn. Tidsskr. 25, 72—76 (1955) [Schwedisch].

Laut Erlaß des schwedischen Königs wurde am 1. 7. 49 ein Verkehrssicherheitsrat ins Leben gerufen, der für eine größtmögliche Verkehrssicherheit auf Wegen und Straßen Sorge zu tragen hat. Neben Förderung der Verkehrssicherheit und Verkehrssicherheitsforschung hat der Rat zur Aufgabe, die Ursachen der Verkehrsunfälle klarzulegen, wobei er ebenfalls in Kontakt mit ausländischen Behörden zu treten hat. Im Zusammenhang mit den Ursachen der Verkehrsunfälle geht man von 3 Hauptfaktoren aus: Mensch, Fahrzeug und Beschaffenheit der Straße. Eventuell ist noch ein 4. Faktor ausschlaggebend, nämlich die Witterungs- und Beleuchtungsverhältnisse. Der Verkehrssicherheitsrat legt sämtliche 4 Faktoren seiner Forschungsarbeit zugrunde, und der Verf. gibt in seiner Arbeit einige Beispiele der zum Teil noch nicht abgeschlossenen Untersuchungen.

R. BOELCKE (Stockholm)

**George F. Strong: The medical profession and traffic accidents.** (Ärztlicher Beruf und Verkehrsunfall.) [Montreal Conf. on Med. Aspects of Traffic Accidents, Montreal, Canada, 4. V. 1955.] *J. Amer. Med. Assoc.* 158, 905—907 (1955).

In Britisch-Columbia waren 1952 Verkehrsunfälle mit 7,9% die dritthäufigste Todesursache bei einer Verminderung der Lebenserwartung um 17,5% (bei Kraftfahrzeugunfällen allein um 25%). — Der Erfolg der Vorbeugung zeigt die Abnahme der Unfälle des Jahres 1935 von 15,9 je 100 Mill. Meilen auf 8,1 im Jahre 1948 und auf 6,4 (geschätzt) im Jahre 1954. — Mehr Aufmerksamkeit ist neben dem Straßenbau den Fahrzeuglenkern zu schenken. Ein Alter oberhalb 70 Jahren und körperliche Mängel (Epilepsie, Diabetes, Kreislaufstörungen, MÉNIÈREScher Symptomkomplex, Bluthochdruck) bedingen eine ärztliche Untersuchung. Die Verhältnisse bei älteren und jüngeren Fahrern werden verglichen. — Neben Barbituraten und Antihistaminika ist der Alkoholeinfluß wichtig. Der Anteil der alkoholbedingten Verkehrsunfälle wird auf 50 bis 80% geschätzt. Er kann nur durch Erziehung vermindert werden. — Die Behandlung der Verletzten soll schnell erfolgen; die „erste Hilfe“ muß in die Ausbildung eingeschlossen werden. Bei der Wiederherstellung ist besonders physikalische Therapie anzuwenden. Entsprechende Abteilungen sind jedem größeren Krankenhaus anzugliedern.

ABELE (Münster)

**F. v. Tischendorf: Städteplanung und Bekämpfung des Verkehrslärms.** Ein Beitrag zur Frage gleichzeitiger Lärminderung und Verhütung von Verkehrsunfällen in Wohngebieten. *Zbl. Verkehrs-Med.* 1, 30—32 (1955).

Allgemein gehaltene Ausführungen und einige Vorschläge zur Prophylaxe der Lärmschädigungen.

SCHLEYER (Bonn)

**W. Lejeune: Der Mensch im modernen Verkehr. Anthropologische Betrachtungen.** Zbl. Verkehrs-Med. 1, 1—6 (1955).

Straßenbautechnische und konstruktive Verbesserungen werden die Verkehrsunfälle nicht wirksam vermindern, entscheidend ist die menschliche Fehlleistung. Sie muß von den situativen Bedingungen unabhängig betrachtet werden, ihre Ursachen sind unter anderem Unreife, Charakterfehler, Intelligenzmangel, Überwiegen des Affektiv-Emotionalen und krankhafte Störungen im engeren Sinne. Wirksame Verkehrserziehung ist an die Grundsätze der „Erziehung“ gebunden, also unter anderem auch an ein bestimmtes Lebensalter, für das die Verkehrsprobleme einen hohen Merkwert haben. Das negative Moment der Sicherheit dürfte pädagogisch ziemlich wertlos sein. Die Meisterung des „Un“sinns wird vielmehr davon abhängen, daß man die Sinn-Frage positiv in den Mittelpunkt stellt. Die existenzphilosophischen Grundlagen solcher Erziehungsarbeit werden kurz skizziert und die Schwierigkeiten in Zusammenhang mit der modernen Entwicklung der zwischenmenschlichen Beziehungen gebracht.

ELBEL (Bonn)

**Gerhard Munsch: Fahrtauglichkeitsbegutachtungen in Psychologisch-Medizinischen Untersuchungsstellen. Arbeits- und Bewertungsgrundsätze der Psychologisch-Medizinischen Untersuchungsstelle beim Technischen Überwachungsverein München.** Zbl. Verkehrs-Med. 1, 36—41 (1955).

Es handelt sich um eine Übersicht über die Tätigkeit der Münchener Psychologisch-Medizinischen Untersuchungsstelle. Die psychologische Untersuchung wird von einem Psychologen durchgeführt, wobei Verf. auf die Wichtigkeit der sog. Visualitätsprobe hinweist, die vielfach auch bei Menschen mit guter Reaktionszeit eingeschränkt ist, von einem Arzt und von einem Kraftfahrersachverständigen. Diese drei Teile des Gutachtens werden koordiniert und gemeinsam ausgewertet. Bei 20% der Untersuchten entstanden Bedenken gegen die Fahrtauglichkeit, aber nur in 10% wurde den Verwaltungsbehörden geraten, die Fahrerlaubnis zu versagen. In den restlichen 10% bestand nur ein Verdacht auf das Vorliegen von Eignungsmängeln. Die Untersuchungsstelle wird auf Grund einer Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 13. 1. 55 in Anspruch genommen für Führerscheibewerber, die das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben oder einer Befreiung vom Mindestalter bedürfen, ferner für Personen, bei denen sonst irgendwelche Bedenken aufgetreten sind (körperliche, geistige oder sittliche Mängel).

B. MUELLER (Heidelberg)

**A. Grossjohann: Zur Untersuchung von Kraftfahrzeugführern.** Dtsch. med. Wschr. 1955, 1423—1426.

Die im Gang befindliche Erörterung über eine obligatorische ärztliche Untersuchung von Kraftfahrzeugführern macht die Prüfung der Frage dringlich, inwieweit die Medizin überhaupt in der Lage ist, eine Unfallgefährdung beim Kraftfahrer festzustellen. Die bisher üblichen Untersuchungsmethoden der verschiedensten Institutionen werden hinsichtlich ihrer Mängel kritisiert: Der Amtsarzt (und einzelne gerichtsmedizinische Institute!) begnügen sich mit dem schematischen körperlichen Untersuchungsbefund und gehen offenbar davon aus, daß in erster Linie körperliche Leiden gefährlich sind. Der Psychotechniker mißt das Reaktionsvermögen u. a. und unterstellt, daß sich die meisten Krankheiten in den Zahlenwerten bemerkbar machen. Der Psychologe beschränkt sich auf die psychophysische Leistungsfähigkeit und Charakterstruktur. Der Facharzt liefert zwar stichhaltige Befunde, beurteilt sie aber nicht im Gesamtkomplex der Fahreignung. Der technische Sachverständige dagegen läßt medizinische und psychologische Gesichtspunkte außer acht. Verf. kommt zu dem Endergebnis, daß nur die medizinisch-psychologische Eignungsuntersuchung durch Psychiater und Psychologen in Verbindung mit den verschiedenen Fachärzten ein „ganzheitliches Bild“ in körperlicher und psychischer Hinsicht einschließlich der charakterlichen Faktoren, der Anpassungsfähigkeit an den Verkehr, der sozialen Einordnungsbereitschaft u. a. entwickeln kann. Nach der Erfahrung des Verf. führen in erster Linie geistige Eignungsmängel zu Verkehrsunfällen (Abnormitäten des Persönlichkeitsbildes, Altersabnutzung, Erregbarkeit oder Erschöpfbarkeit, vegetative Labilität, Epilepsie). Nur 10% der Unfälle hatten körperliche Mängel zur Ursache. Vielfach können Mängel (ausgenommen diejenigen der Persönlichkeitsstruktur) durch charakterliche Qualitäten kompensiert werden, weshalb auf eine Erfassung der Charakterstruktur so entscheidender Wert zu legen ist.

J. RAUSCHKE (Heidelberg)

**Torsten S. son Frey: Über Führerscheinentzug und psychische Krankheit.** Nord. psychiatr. Medlemsbl. 9, 216—219 (1955) [Schwedisch].

Anlässlich eines Falles von Führerscheinentzug bei psychischer Krankheit durch die Provinzialregierung weist der Verf. auf die Fehldeutung der Gesetzgebung in diesem Punkte hin. — Es handelte sich um einen 38jährigen Kaufmann, der 1939 wegen manisch-depressiver Erscheinungen im Krankenhaus gelegen und nach 5 Monaten symptomfrei entlassen wurde. 1953 kam der Patient erneut in ein Depressionsstadium, war doch nach 6wöchigem Krankenhausaufenthalt völlig wiederhergestellt. Ungefähr 6 Monate später erfuhr er durch einen Bekannten, daß die Polizei ihn suchte zwecks Entzugs des Führerscheines. Der Grund hierfür lag in der gesetzlichen Anmeldungspflicht betreffs Schußwaffen an die Provinzialregierung vom Krankenhause aus. Die Bescheinigung des behandelnden Arztes, daß kein Grund zum Führerscheinentzug vorlag, wurde von der Provinzialregierung nach Rücksprache mit dem Gesundheitsministerium abgewiesen, und der Patient durfte erst nach Beschwerde beim König und erneuter Prüfung durch das Ministerium seinen Führerschein behalten. Der Verf. hebt in diesem Zusammenhang hervor, daß zwar ein Anmeldeungsrecht, doch keine Anmeldepflicht besteht. Das Gesundheitsministerium hat doch 1952 und 1953 recht unklare Vorschriften herausgegeben, die zur Folge hatten, daß viele Psychiater regelmäßig alle Psychosen anmelden. Alle diese Vorschriften sind nach Ansicht des Verf. unzureichend wissenschaftlich begründet, in hohem Grade unhuman und gefährlich, da sie die Heilung der Patienten gefährden. Es gibt keine Statistik, die besagt, daß Patienten, die von einer Schizophrenie oder einer Cyclothymie genesen sind, öfter als andere Mitbürger Verkehrsunfälle verursachen. Ebenso wenig gibt es einen Beweis dafür, daß Zwangsneurotiker als Autofahrer gefährlicher sein sollten als andere. Im Gegenteil, der Verf. hebt hervor, daß Zwangsneurotiker der Gruppe der äußerst vorsichtigen Autofahrer angehören. Nach Ansicht des Verf. hat man kein Recht, die Freiheit des Kranken zu beschränken ohne stichhaltigen, objektiven Grund. Man soll bedenken, daß Autofahren und der Besitz von Schußwaffen willkürlich in den Vordergrund gesetzt sind. Denn es gibt auch viele andere Kategorien von Sicherheitspersonal, z. B. ein Chirurg, Straßenbahn- oder Eisenbahnpersonal. Abschließend macht der Verf. einen Vorschlag zur Umformulierung des Gesetzes.

R. BOELCKE (Stockholm)

**Fritz Heegner: Erkennbarkeit von Verkehrsschildern.** Zbl. Verkehrs-Med. 1, 33—36 (1955).

Ergebnisse einer Untersuchung über die Erkennungszeit von Autobahn-Ortsschildern an 500 Probanden mit über 34000 Zeitmessungen. Der Inhalt der Schilder wird um so später aufgefaßt, je höher die gefahrene Geschwindigkeit, je ungeläufiger der Ortsname, und je größer die auf dem Schild enthaltene Zahl der Namen ist. Es wird vorgeschlagen, den Inhalt der Ortshinweistafeln auf 4—5 Namen zu beschränken, und die Abstände zwischen Standort der Schilder und Ausfahrt auf 120 m zu vergrößern.

SCHLEYER (Bonn)

**Herbert Ganter: Farbenfehlsichtige im Straßenverkehr.** [Inst. f. Sicherheit in Bergbau, Industr. u. Verkehr, Essen.] Zbl. Verkehrs-Med. 1, 7—15 (1955).

Beschreibung der häufigsten Farbsehstörungen, ihrer Diagnostik und ihrer Bedeutung für die Erkennungs- und Unterscheidungsfähigkeit von Lichtzeichen; keine neuen Tatsachen oder Befunde. Unfälle durch Farbuntüchtigkeit *scheinen* allerdings sehr selten zu sein, wie sich aus den Mitteilungen von Augenkliniken, Verkehrsberatungs- und -überwachungsinstituten und Betrieben ergab, ohne daß damit jedoch ein Schluß auf die wahre Beteiligung der Störung an den Unfallursachen möglich ist. Verf. macht Vorschläge zur Ermittlung der Rolle der Farbeempfindungsstörung für die Unfallhäufigkeit und für eine künftige Eignungsprüfung von Kraftfahrern mit Störungen des Farbsinns.

SCHLEYER (Bonn)

**Josef Colombo: Experimenteller Beitrag zum Problem des Dämmerungssehens und der Blendung im motorisierten Straßenverkehr.** Diss. Zürich 1955. 32 S.

**Ernst Heinsius: Die Störungen des Farben- und Dämmerungssehens und ihre praktische Bedeutung im modernen Verkehr.** [Augenabt., Allg. Krankenh. Heidberg, Hamburg-Langenhorn.] Medizinische 1955; 971—975.

Es handelt sich um einen für Nichtaugenärzte bestimmten Fortbildungsvortrag, in dem in knapper, erschöpfender Weise das Farbsehen und seine Störungen sowie das Dämmerungs-

sehen und die Störungen der Dunkel- und Helladaptation besprochen werden. Für die leichteren Störungen werden Adaptinol und Ultravid-Heyl und Blendschutzgläser (Night Eyes) empfohlen.  
VELHAGEN (Leipzig)<sup>oo</sup>

**Viktor Kittel: Ein augenärztlicher Beitrag zum Problem der Verkehrsunfälle.** [Univ.-Augenklin., Rostock.] Dtsch. Gesundheitswesen 1955, 943—948.

Im Hinblick darauf, daß optisch-physiologische und nervöse Fehlleistungen als die Hauptursachen für die starke Zunahme der Straßenverkehrsunfälle anzusehen sind, werden die in der DDR bestehenden Richtlinien zur augenärztlichen Untersuchung von Kraftfahrzeugführern (hrsg. im Jahre 1951 vom Ministerium für Gesundheitswesen) kritisch von augenärztlicher Seite besprochen. Zur verkehrssicheren Lenkung eines Kraftfahrzeuges sind von seiten des Sehorgans folgende Leistungen erforderlich: ausreichende Sehschärfe, nicht erheblich eingeschränktes Gesichtsfeld, Blick- sowie Umblickfeld, normale Blendungsempfindlichkeit und Tiefenabschätzungsvermögen bei möglichst normalem Farbensinn. Verf. geht näher auf Sehschärfe, Gesichtsfeld, Lichtsinnprüfung, Einäugigkeit, Doppelsehen, Farbsehen usw. ein. Im Mittelpunkt der Ausführungen wird zur Frage der Sehschärfe Stellung genommen. Sie ist nicht konstant, sondern abhängig von: Beleuchtung, Pupillengröße, Dunst, Kontrast, Blendung und Adaption. Es muß daher die bei der Augenuntersuchung ermittelte Sehschärfe durchaus nicht der tatsächlichen Sehschärfe des Autofahrers entsprechen. Hierbei werden folgende Momente hervorgehoben: Bewegungssehschärfe, Dämmerungs- und Nachtmyopie, Blendungsempfindlichkeit, Nachblendung u. a. m. Die Blendungsempfindlichkeit wird durch den Einfluß intensiver Sonneneinstrahlung, schwerer körperlicher Anstrengungen und durch Alkoholgenuß beeinträchtigt. Bei starker Sonneneinstrahlung wird das Tragen von Sonnenschutzbrillen empfohlen. Zur Prüfung der Blendungsempfindlichkeit weist Verf. auf das von COMBERG konstruierte Nyktometer hin, das sich für die praktischen Bedürfnisse ausgezeichnet bewährt hat. Weiterhin wird betont, daß auch äußere Erkrankungen des Auges bei der Überprüfung von Kraftfahrern zu berücksichtigen sind. Zur Senkung der Verkehrsunfallziffer macht Verf. abschließend folgende Vorschläge: Erhebung der in der DDR bestehenden Richtlinien zum Gesetz; Einschaltung eines Augenfacharztes bei der Eignungsprüfung von Berufsfahrern; häufigere Kontrolle durch die Verkehrspolizei auf richtigen Scheinwerferstand; ausreichende und möglichst blendungsfreie Beleuchtung der Verkehrsstraßen in den Orten; Umstellung der Farbsignale auf Formsignale und umfassende Überprüfung der Verkehrszeichen auf gute Sichtbarkeit. Fernerhin fordert er die Blendungsempfindlichkeitsprüfung sowie die obligate Untersuchung wenigstens der Berufsfahrer auf Nachtblindheit und schließlich die Nachkontrolle des Sehvermögens im Abstand von 5 Jahren ab 40. Lebensjahr.  
KREFFT (Leipzig)

**Claus Seibert: Gedanken zur Unfallflucht.** Neue jur. Wschr. A 1955, 1428—1429.

Verf., der Bundesrichter in Karlsruhe ist, bespricht die gegenwärtige Auffassung des Bundesgerichtshofes unter Vergleich mit der Rechtslage im Ausland, insbesondere in der Schweiz. Nach der gegenwärtigen Rechtsprechung in Deutschland steht es bisher offen, wie es zu beurteilen ist, wenn zwei zusammengestoßene Kraftfahrer sich an Ort und Stelle vorläufig einigen und davonfahren. Hier wäre Unfallflucht zum mindesten aus subjektiven Gründen zu verneinen. Fahren aber die beiden davon, weil sie eine Verkehrsstreife sehen, so würde Unfallflucht vorliegen. Offen sind auch die Frage der Flucht von einem anderen Ort, wenn es Schwierigkeiten macht, an Ort und Stelle zu bleiben, und das Problem der Rückkehrpflicht. Sieht man von diesen Ausnahmen ab, so dürfte bei den meisten Tatbeständen Unfallflucht bejaht werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

**StGB § 142 (Passive Feststellungspflicht).** Wer durch einen von ihm allein verursachten Verkehrsunfall ausschließlich selbst Schaden erleidet, so daß aus dem Unfall Rechtsbeziehungen zu beteiligten Dritten nicht in Frage kommen, unterliegt nicht der in § 142 StGB vorausgesetzten Feststellungspflicht. [BGH, Urt. v. 26. V. 1955 — 4 StR 148/55 (Marburg).] Neue jur. Wschr. A 1955, 1078—1079.

**StVZO 2 (Teilnahme am Verkehr).** Am Verkehr nimmt teil, wer, um zu fahren, auf einer öffentlichen Straße das Trieb- oder Fahrwerk des Fahrzeugs bedient, sei es durch

**Lösen der Handbremse, durch Gangschalten oder Einführen des Zündschlüssels. Ein Anfahren ist dazu nicht erforderlich.** [BGH, Urt. v. 28. 4. 1955 — 3 StR 13/55 (LG Darmstadt).] Neue jur. Wschr. A 1955, 1040.

**G. Schubert: Die physiologischen Barrieren im neuzeitlichen Flugwesen.** [Physiol. Inst., Univ., Wien.] Schweiz. med. Wschr. 1955, 400—402.

Physiologische „Barrieren“: Umweltfaktoren, die während des Fluges die Leistungsfähigkeit von Organsystemen begrenzen, seien teilweise bereits überwunden, teilweise hätten sie sich als unüberwindlich herausgestellt, für weitere müssen Mittel und Wege der Überwindung noch gefunden werden. Die überwundene Höhenbarriere führe zu Höhenkrankheit oder Höhentod, gehöre demnach in das Gebiet der fliegerischen Unfallkunde: Höhenbarriere über 4 km, Druckbarriere über 9 km. Die unmittelbaren Folgen eines Drucksturzes bei Explosion der Druckkabine bzw. des Druckanzuges: Akute Anoxie führt ab 16 km Höhe nach 10—50 sec (Zeitreserve für Eigenrettung) zu Bewußtlosigkeit, Symptome der autochtonen Gasentbindung, Gasembolie, Lungenatelektase durch Zerreißen und Blutungen, falls Drucksturz bis auf Werte unterhalb der Wasserdampfspannung der Körpertemperatur erfolgt (unterhalb 47 mg), geht Lösungswasser der Gewebe in Dampfform über, was unter anderem zur Bildung von großen subcutanen Dampfäumen führt, falls Drucksturz explosiv innerhalb 5 m/sec erfolgt, rein nervös ausgelöster Schockzustand mit irreversiblen Atemstillstand. Experimentell kein Schocktod, wenn N. vagi durchtrennt, Thorax durch Lage von Schaumgummi geschützt ist. Vergleich mit ähnlichen Wirkungen bei Explosion schwerer Sprengkörper durch Ausdehnung eines unter Druck stehenden Gasvolumens. Noch bedeutungsvoller sei die Beschleunigungsbarriere. Der im Flugzeug aufrecht sitzende Mensch vermag eine Beschleunigung von durchschnittlich 4,5 g während 15 sec ohne Gesichtsfeldausfall zu ertragen. Bei längerer Wirkzeit oder bei höheren Werten von Gramm Bewußtlosigkeit durch Störung der Durchblutung des Zentralnervensystems. Erträglichkeitsgrenze liegt höher, wenn die Wirkungsrichtung der Beschleunigung quer zu den großen Blutgefäßen liegt. (Wenn nach Untersuchungen in der Zentrifuge die Bauchlage eingenommen wird: 10 g je bis 3 min störungsfrei ausgehalten). Trotz vielfacher Versuche — die im einzelnen kurz erwähnt werden — ist die Beschleunigungsbarriere noch nicht durchstoßen. Die träge Reaktion des menschlichen Sehorgans, unter günstigen Bedingungen zwei Lichtreize in weniger als  $\frac{1}{50}$  sec Zeitabstand trennen zu können, führt zur optischen Barriere: Schnelle Flugzeuge können nicht mehr „ausgeflogen“ werden; außerdem ist sie von verschiedenen Bedingungen abhängig, Intensität des Farb- und Reizlichtes, Helligkeitsdifferenz des Reizes gegenüber dem Hintergrund, Geschwindigkeit, mit welcher bei bewegtem Lichtreiz das Bild über die Netzhaut geführt wird, Adaptationszustand des Auges (zwischen 0,05 und 0,1 sec: Bei der „erdgebundenen“ Fortbewegung des Menschen ist diese Zeitspanne nicht von praktischer Bedeutung), anders dagegen bei den heute verwendeten Flugzeugtypen: Düsenflugzeuge, die eine Geschwindigkeit in horizontalem Flug von 300 m/sec, Objekt vor ihm wird bereits 300 m näher gekommen sein, ehe es scharf gesehen wird oder, anders ausgedrückt, ein 300 m vor dem Flugzeugführer gelegenes Objekt ist bereits an seiner Seite („blinde Zone“ des Piloten). So ergeben sich unter Berücksichtigung der Empfindungszeit und weiterer Zeitspannen (sensorielle Latenz höherer Ordnung nach STRUGHOLD) optische Barrieren bis zu 1 km Tiefe. Ergebnis: „Der Mensch ist infolge der optischen Barriere seiner Augen zur zweckmäßigen Führung derartiger Flugzeuge untauglich geworden, elektronische Geräte vollführen seine Aufgaben viel exakter, sicherer und billiger.“ Bei Flügen in den obersten Schichten der Erdatmosphäre droht bereits die „Strahlungsbarriere“: Schädigende Wirkung der kosmischen Strahlen, besonders ihrer schweren Kernkomponenten.

H. KLEIN (Heidelberg)

**Horst W. Weber: Zur Begriffsbestimmung der Stase.** [Path. Inst., Univ., Heidelberg.] Klin. Wschr. 1955, 387—390.

Verf. setzt sich für eine scharfe Abgrenzung der Begriffe Thrombose, Stillstand und Stase ein. Bei der Thrombose kommt es während des Lebens zur Blutgerinnung, bei Stillstand und Stase jedoch nicht. Der Stillstand des Blutes braucht nicht in Stase überzugehen. Der Stase braucht aber auch kein längerer Stillstand vorausgegangen zu sein. Beim Stillstand sind die Blutkörperchen noch erkennbar, bei der Stase homogen. Der Stillstand entsteht meist durch ein vorgeschaltetes Hindernis, die Stase tritt unabhängig von einem lokalen Hindernis auf.

B. MÜLLER (Heidelberg)