

der Maße Schädelbasis-Scheitelhöhe, Wirbelsäule vom 2. Halswirbel bis zum 5. Lendenwirbel einschließlich des 1. Kreuzbeinwirbels, Länge des Oberschenkels, Länge des Schienbeins, Höhe des Fersenbeins und des Sprungbeins. Die Addition der einzelnen Längenmaße ergibt die Skeletthöhe. Die tatsächliche Körpergröße errechnet sich auf Grund der statistischen Unterlagen durch Addition mit dem Faktor 10,5. Die spezielle Körpergröße, welche noch von bestimmten pathologischen Veränderungen der Wirbelsäule und des Lebensalters abhängig ist, kann gegebenenfalls aus Fehlbildungen der Wirbel erkannt werden. Die so durchgeführte Methode ergab eine Fehlerbreite von höchst 20%, wobei die größte Abweichung der errechneten Werte von der tatsächlichen Körpergröße 3,5 betrug.  
PETERSOHN (Mainz)

**András Dósa: Importanza medico-legale di una muffa filamentosa isolata in un cadavere esumato 11 anni dopo la morte.** (Gerichtlich-medizinische Bedeutung eines 11 Jahre nach dem Tode aus einer enterdigten Leiche isolierten Fadenpilzes.) [Ist. di Med. Leg., Univ., Szeged.] *Minerva medicoleg.* (Torino) **76**, 125—126 (1956).

In den Kopfharen der Leiche verfilzt fanden sich kleinste gelbliche Stippchen, die mikroskopisch und kulturell als *Cepalosporium acremonium* Potoni bestimmt wurden. Der Pilz kommt in Ungarn unter anderem im Tierkot vor. Ein Keulenhieb als Todesursache wurde bei diesem Befund gegenüber einem Pferdehuftritt, der auch seinerzeit angenommen worden war, für unwahrscheinlich erklärt.  
SCHLEYER (Bonn)

**M. Dechaume, L. Dérobert, F. Garlopeau et Dubois: Critères que doit présenter une fiche dentaire internationale pour l'identification.** (Gesichtspunkte zur Gestaltung einer internationalen Zahn-Karte für Identifizierungszwecke.) [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, Paris, II. VII. 1955.] *Ann. Méd. lég. etc.* **36**, 117—122 (1956).

Zur Einführung eines allgemeinen Identifikations-Systems anhand des individuellen Zahnstatus kommen verschiedene Methoden in Betracht. Photographie, Röntgenaufnahmen, Abformverfahren sind umständlich und für die Abwicklung im großen auch zu teuer. Verff. schlagen deshalb die Verwendung von Zahnpässen vor, welche von den Zahnärzten für alle Personen, welche auf Grund ihres Berufes für tödliche Unfälle disponiert erscheinen, angelegt, geführt und aufbewahrt werden sollen. Es folgen Vorschläge für die graphische Gestaltung der Zahnschemata und das Notierungssystem zahnärztlicher Befunde.  
BERG (München)

**William F. Enos, James C. Beyer and Robert H. Holmes: Estimation of survival time following injury.** (Bestimmung der Überlebenszeit nach Verletzungen.) *Arch. of Path.* **60**, 325—328 (1955).

Die Untersuchung von 51 Fällen gewaltsamen Todes, darunter 16 Korea-Kämpfer, ergab außer den bekannten Wundveränderungen nach 13—18 Std Überlebenszeit oder einer späteren Bronchopneumonie einen Eosinophilensturz in der Milz nach 30 min bis 5 Std von 10—20 je Gesichtsfeld auf 1—2 Eosinophile. Die Leber zeigt erheblichen Glykogenverlust schon nach 5—12 Std und ist nach 24 Std glykogenfrei, wobei die Glykolyse nach dem Tode zu berücksichtigen ist. (Im Literaturverzeichnis fehlt MEIXNER; d. Ref.) Die Nebennieren zeigen Lipoidschwund aller 3 Zonen nach 2½—7 Tagen, die Markzellen atrophieren nach 6—7 Tagen (Stresswirkung nach SELYE). Aus diesen Veränderungen können Rückschlüsse auf die Überlebenszeit gezogen werden.  
BREITENECKER (Wien)<sup>oo</sup>

## Versicherungs- und Arbeitsmedizin

● **Walter Winkelmann und Helmut Winkelmann: Taschenbuch zur ärztlichen Begutachtung der Invalidität und Berufsunfähigkeit in der Sozialversicherung (RVO-AVG).** 2. Aufl. München: Johann Ambrosius Barth 1956. 119 S. DM 8.40.

Die baldige 2. Aufl. des Taschenbuches zur ärztlichen Begutachtung der Invalidität und Berufsunfähigkeit zeigt, daß für eine kurze stichwortartige Darlegung der wichtigsten Tatsachen der ärztlichen Begutachtung offenbar ein echtes Bedürfnis besteht. Verff. haben sich bemüht, von der Kritik aufgezeigte Mängel in der 2. Aufl. zu beseitigen. Sie betonen aber, daß sie allen Wünschen der Kritik nicht nachkommen konnten, um den Rahmen eines Taschenbuches nicht zu sprengen. Wenn man sich der Grenzen einer stichwortartigen Darlegung von Begutachtungsfragen bei Benutzen des Buches immer bewußt ist und sich vorstellt, daß das Stichwort nur

einem vielleicht „auf die Sprünge helfen soll“, erscheint das Buch für diesen Zweck weiterhin brauchbar. — Das Buch ist jedoch nur für den Erfahrenen von Wert. Anleitung zur Begutachtung selbst kann der Unerfahrene aus diesem Buch nicht gewinnen. Zum Unterricht der Studenten ist es wohl nicht geeignet. GOLDBACH (Marburg a. d. Lahn)

● **Beiträge zur Silikose-Forschung. H. 44:** H. LÜCHTERATH u. K. G. SCHMIDT: Über Mullit und seine Wirkung im intratrachealen Tierversuch mit Ratten. HUBERT ANTWEILER: Über erste morphologische Veränderungen im Alveolargebiet der Ratte durch Einwirkung von Ruß, Quarzstaub und gelöster polymolekularer Kieselsäure. W. WALKENHORST u. G. ZEBEL: Theoretische und experimentelle Untersuchungen zur Folge der Anwendung von Feinstaerosolen aus Kochsalz für die Staubkoagulation. Bochum: Bergbau-Berufsgenossenschaft 1956. S. 1—32 u. 12 Abb.; S. 33—45 u. 15 Abb.; S. 51—72 u. 7 Abb. DM 5.—

1. Mullit ( $3\text{Al}_2\text{O}_3 \cdot 2\text{SiO}_2$ ) tritt im Industriebetrieb auf, wo tonhaltige Substanzen hoch erhitzt werden. Es ist von Silimanit schwer zu unterscheiden und wurde bis vor kurzem von diesem nicht scharf auseinandergehalten, z. B. bei Porzellanarbeiter- und Korundschmelzerlungen. In Tierversuchen wurde nun die Wirkung von reinem Mullit geprüft. Als Kontrolle diente eine Serie von Tieren mit gleich großen Dosen Quarzstaub von gleicher Korngröße. Es entwickelte sich in 21 Monaten keine nennenswerte Fibrose. Der Staub wird sogleich phagocytiert, die Staubzellen liegen oft so dicht, daß sie an eine Desquamativpneumonie erinnern oder im Interstitium Staubzellnester etwa von Ausmaßen der Milliartuberkel und größer bilden. Trotzdem keine Granulome, keine Faserbildung. Intraalveoläre Staubdepots werden mit neugebildetem Epithel überzogen. Es entstehen so knopfartig in die Alveolen vorspringende Herde, die bis zu einem gewissen Grade pathognomonisch für den verwendeten Staub sind. Sie werden aber dann nicht weiter verändert im Gegensatz zu Quarz, der zu Knötchen und Induration führt. Aus den Tierversuchen wird geschlossen, daß der Mullitstaub auch bei Menschen ungefährlich ist. — 2. Ruß und Quarzstaub machen in den ersten 30 min nur eine geringe celluläre Reaktion. Quarzstaub etwas deutlicher als Ruß. Dies wird vorwiegend als Folge eines mechanischen Reizes gedeutet. Polykieselsäure verändert dagegen Deckzellen und Bindegewebsanteile des Alveolarseptums wesentlich schwerer. Mono- oder Oligokieselsäure ist völlig unwirksam. Polykieselsäure wirkt offenbar direkt chemisch denaturierend auf das Eiweiß und vielleicht auch auf andere biologische Substrate. — 3. Eine geringe Aerosolkonzentration von Kochsalz setzt in feuchtigkeitsgesättigter Luft (wahrscheinlich auch in den oberen Luftwegen) den Feinanteil von Stauben durch Koagulation (durch Vergrößerung der Einzelteile) herab. Größere Teile sind weniger lungengängig und wahrscheinlich weniger gefährlich. Hierzu physikalisch-technische Überlegungen und Experimente. H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

**Haueisen: Die Rechtsgrundlage der Beziehungen zwischen Kassenarzt und Kassenpatient.** Neue jur. Wschr. A 1956, 1745—1746.

HAUEISEN erläutert den § 368 des Abs. 4 RVO, wonach der Kassenarzt durch Übernahme der Behandlung dem Patienten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechtes verpflichtet ist. Bisher gab es keine Vorschrift, die die Beziehungen zwischen Kassenarzt und Kassenpatient regelte. Der Kassenarzt erfüllt nicht vertragliche, nach den Vorschriften des Privatrechts zu beurteilende Verpflichtungen, sondern dient vielmehr der Erfüllung mitgliedschaftlicher, nach den Grundzügen des öffentlichen Rechts zu beurteilender Pflichten gegenüber derjenigen kassenärztlichen Vereinigung, deren Mitglied der Arzt ist. Es ist also quasi ein Vertrag zugunsten Dritter. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen führten zu langen Erörterungen in Schrifttum und Rechtsprechung. Jedoch durch die neue Fassung der RVO würden aber alle Zweifel ausgeräumt, weil der Kassenarzt zur „Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechtes“ verpflichtet sei. Trotzdem seien aber die Vorschriften des § 368e RVO, die die Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit der Behandlung vorschreiben, zu beachten. GOLDBACH (Marburg a. d. Lahn)

**RKnappschG. § 35 (Zum Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne des Reichsknappschaftsgesetzes).** Berufsunfähigkeit im Sinne des § 35 RKnappschG ist auch dann anzunehmen, wenn eine Tätigkeit, die ein Versicherter nach dem Erwerbe neuer Kenntnisse und Fähigkeiten in einem knappschaftlichen Betriebe ausüben kann, seiner bisher

verrichteten Tätigkeit gegenüber zwar im wesentlichen wirtschaftlich gleichwertig, aber nicht im wesentlichen gleichartig ist. [BGH, Urt. v. 24. V. 1956 — 5 RKn 20/55, Essen.] Neue jur. Wschr. A 1957, 80.

**Helmut J. Jusatz und Heinz F. Uhlenkotte: Die Krankheitshäufigkeit der Sozialversicherten nach der Rentenstatistik in sozialhygienischer Sicht.** [Hyg.-Inst., Univ., Heidelberg.] Arch. f. Hyg. 140, 623—638 (1956).

Verff. werten die Rentenstatistik aus getrennt nach I.V. und A.V., nach Geschlecht und Altersgruppen. Sie vergleichen das Material von 1937 mit demjenigen aus den Jahren 1951 und 1952. Sie kommen zu dem Ergebnis, daß die vorzeitige Invalidität zugenommen hat, daß fast ein Drittel der Rentenzugänge der Männer und nahezu ein Drittel derjenigen bei den Frauen auf den Lebensabschnitt bis zum 54. Lebensjahr festzustellen ist. Bei den Arbeitern steht die Tuberkulose an der Spitze der Ursache bei den Angestellten die Arteriosklerose bzw. Herzmuskerkrankungen. Bei den Frauen beider Versicherungsarten stehen die Erkrankungen der Herz- und Kreislauforgane im Vordergrund. Verff. schlagen vor, vorbeugend ärztliche Maßnahmen durchzuführen, um das Durchschnittsalter für den Eintritt der Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit zu erhöhen.  
TRUBE-BECKER (Düsseldorf)

**M. Lentzen: Unterschiede der Leistungen in der gesetzlichen und privaten Unfallversicherung.** [Verh. d. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk. Versicherungs- u. Versorgungsmed., XIX. Tagg, Goslar, 26.—27. V. 1955.] Hefte Unfallheilk. 1956, H. 52, 40—50.

Da ein Unfall gleichzeitig eine Leistungspflicht aus der gesetzlichen und der privaten Unfallversicherung auslösen kann, ist es für den unfallbegutachtenden Arzt bedeutsam, die Unterschiede in den Leistungen zu kennen; einmal um seinem Patienten eine richtige Auskunft erteilen, zum anderen um dem Versicherungsträger gegenüber eine zutreffende Begutachtung vornehmen zu können. Von der unterschiedlichen Zielsetzung der beiden Unfallversicherungsarten ausgehend werden die Unterschiede in den Leistungen aufgezeigt. Schon die Unterscheidung des Unfallbegriffes im Sinne der RVO bzw. der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen ist wichtig. Ferner werden die Abgrenzung der privaten Unfallversicherung gegenüber den Aufgaben der Krankenversicherung hervorgehoben und die einzelnen Leistungsarten herausgearbeitet. Bei der Erörterung der Entschädigung für dauernde Arbeitsunfähigkeit werden die Begriffe der Erwerbsunfähigkeit (im Sinne der RVO) und der Arbeitsunfähigkeit (im Sinne der AUB) und die Vor- und Nachteile der Gliedertaxe in der Allgemeinen Unfallversicherung erläutert. Abschließend werden die Einschränkungen der Leistungen bei der privaten Unfallversicherung erörtert.

JUNGMICHEL (Göttingen)

**C. Blumensaat: Das Osteomyelitis-Urteil des OVA Münster vom 20. VII. 1950, eine rechtliche Bindung für den ärztlichen Sachverständigen?** [Chir. Abt., Knappschafts-Krankenh., Bottrop.] Mschr. Unfallheilk. 59, 369—372 (1956).

Ausgehend von dem Gutachten SIEGMUNDS, das dem OVA Münster als Grundlage für eine grundsätzliche Entscheidung über den Zusammenhang Trauma — Osteomyelitis gedient hat, wirft Verf. die Frage auf, ob eine sog. grundsätzliche richterliche Entscheidung für den ärztlichen Sachverständigen von vornherein eine absolute Bindung bedeutet. Er lehnt eine solche Bindung ganz entschieden ab, da durch diese der wissenschaftliche Fortschritt und das Hineintragen von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Rechtsprechung außerordentlich erschwert, wenn nicht sogar unmöglich werden. Würde man sich der Auffassung anschließen, daß sich der ärztliche Sachverständige grundsätzlichen Entscheidungen der Gerichte zu beugen habe, würde dies eine Sachverständigentätigkeit überhaupt überflüssig erscheinen lassen. — In einem Nachtrag teilt der Verf. noch mit, daß offenbar die angebliche grundsätzliche Entscheidung des OVA Münster vom 20. 7. 50, wonach ein Zusammenhang zwischen leichtem Trauma und Osteomyelitis zu bejahen ist, noch nicht rechtskräftig ist, sich noch im Rekursverfahren befindet und deshalb rechtlich auch noch keine grundsätzliche Entscheidung darstellen kann.  
GOLDBACH (Marburg a. d. L.)

**K. Stucke: Zerrungen und Zerreißen.** [Verh. d. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., XIX. Tagg, Goslar, 26. u. 27. V. 1955.] Hefte Unfallheilk. 1956, H. 52, 13—16

Die bislang zwar wenig beachteten, in der Unfallmedizin aber immer stärker praktisch bedeutsamen Folgen von Zerrungen und Zerreißen (10% aller in der Chirurgischen Poliklinik Würzburg erfolgten Einweisungen) werden in 3 Abschnitte unterteilt: 1. echte Zerreißen, die

therapeutisch entsprechend behandelt, gutachtlich aber in den Hintergrund treten; 2. schmerzhaft funktionelle Störungen, welche plötzlich auftreten, ohne daß ein eigentliches Unfallereignis vorgelegen hat. Diese werden mit Recht in den Vordergrund der Erörterung gestellt. Meist handelt es sich aber nicht um echte Traumafolgen, sondern nur um den Ausdruck eines Ermüdungs- oder Verschleißzustandes des Gewebes; 3. Schmerzzustände als erstes Zeichen bereits bestehender oder entwicklungsbedingter Erkrankungen. Hierher gehören z. B. Schmerzen beim osteomyelitischen Prozeß, pathologischen Frakturen bei Tabes usw., Einklemmen einer Bandscheibe bei chronischer Meniskopathie und das Lumbalsyndrom. Überschneidungen dieser beiden letzten Erscheinungen seien möglich; beide seien aber nicht als echte traumatische Ereignisse anzusprechen, somit auch nicht entschädigungspflichtig.

JUNGMICHEL (Göttingen)

**F. Levis: Studio sul meccanismo di penetrazione della polvere nell'interstizio polmonare. Nota I. Impostazione generale.** (Studien über den Mechanismus des Eindringens von Staub in das Lungeninterstitium. Teil I. Allgemeine Überlegungen.) [Ist. d. Anat. e Istol. Pat., Univ., Torino.] Med. Lav. 47, 465—473 (1956).

Es handelt sich um Literaturdarstellungen und Spekulationen über die Frage, wie eingeatmeter Staub über die Bronchien ausgeschieden wird. Eigene Versuche werden in Aussicht genommen.

B. MUELLER (Heidelberg)

**F. Levis e L. Chiampo: Studio sul meccanismo di penetrazione della polvere nell'interstizio polmonare. Nota II. Inalazione di polvere di carbone.** (Studium über das Eindringen von Staub in das Lungeninterstitium. Teil II. Inhalation von Kohlenstaub.) [Ist. d. Anat. e. Istol. Pat., Univ., Torino.] Med. Lav. 47, 474—494 (1956).

Tierexperimente an Ratten im Anschluß an die Überlegungen, die in der oben referierten Arbeit angestellt wurden. Kohlenstaub von  $1-3\mu$  tritt innerhalb von 30 min in der Gegend der Bronchioli respiratorii in das Bindegewebe über. In den darauffolgenden Stunden bildet sich im Bindegewebe der Bronchialwand ein Ödem aus mit einer Anhäufung von Phagozyten. Phagozyten sind allerdings erst nach 5—8 Tagen in größerer Anzahl erkennbar. Der wenige Staub, der bis in die Alveolen gelangt, wird sofort von den Wandzellen phagozytiert. Diese Zellen werden entweder sofort abgestoßen oder späterhin über die Bronchien ausgeschieden. Das Interstitium zwischen den Alveolen beteiligt sich nur verhältnismäßig wenig am Staubtransport.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Helmut Lüchtrath: Zur Frage der Staubspeicherung in der Lunge.** Path. Inst., Univ., Bonn.] Virchows Arch. 329, 177—183 (1956).

Ratten erhielten intratracheal 50 mg Mullit (Aluminiumsilikat); sie überlebten den Eingriff bis zu 21 Monaten und wurden im Abstand von 1 Monat getötet. Die Lungen wurden mikroskopiert. Dabei wurde ein bisher wenig bekanntes Prinzip der Staubablagerung und Staubspeicherung in der Lunge beobachtet. In der Lichtung der Alveolen fanden sich kleine Depots von dicht zusammengelagerten Staubphagozyten, zwischen denen sich ein reticuläres Faserwerk ausgebildet hatte, das argyrophile Fibrillen enthielt. Eine neu gebildete epitheliäre Zellschicht schloß gelegentlich diese Staubherde vom Restlumen der Alveolen ab.

B. MUELLER (Heidelberg)

**H. Kraut, R. Schneiderhöhn und L. Wildemann: Die Arbeitsbelastung der Hausfrau.** [Abt. f. Ernährungsphysiol., Max-Planck-Inst. f. Arbeitsphysiol., Dortmund.] Internat. Z. angew. Physiol. 16, 275—302 (1956).

Es handelt sich um sehr gründliche physiologische Untersuchungen mit Bestimmung des Calorienumsatzes, die in 2 Familienhaushalten und an einer Haushaltungsschule durchgeführt wurden. Aus dem Ergebnis dieser sehr lehrreichen Arbeit sei hervorgehoben, daß die Arbeitsschwere bei der Putzarbeit der Hausfrau derjenigen eines Schwerarbeiters entspricht und daß an Tagen mit vermehrter Putzarbeit der Calorienverbrauch der Hausfrau um 10—20% über demjenigen ihres Tagesbedarfes liegt. Zeitlich nehmen die Instandhaltungsarbeiten in der Wohnung und die Arbeiten in der Küche mit 20—25% den größten Anteil der Gesamtarbeitszeit ein. Hier liegen also auch die größten Möglichkeiten der Zeitersparnis. Der Einfluß der Küchengröße auf den Zeitaufwand wirkt sich hauptsächlich bei den Spül- und Aufräumungsarbeiten aus. In einer 6 m<sup>2</sup>-Küche wurde hierfür um fast  $\frac{1}{4}$  weniger Zeit aufgewendet als in einer 22 m<sup>2</sup>-Küche. Auch ergaben die Untersuchungen, daß durch Benutzung einer Mietwaschküche mit modernen Maschinen zeitlich bis zu 80% erspart werden können, bei Benutzung einer Heißmangel gegenüber

dem Bügeleisen im Haushalt 30%. (Die Frage der Vorteile einer Wohnküche und die Vermeidung des Tischdeckens in einem anderen Zimmer — wenn keine Wohnküche, sondern nur eine kleine Gebrauchsküche vorhanden ist — werden nicht erwähnt. Ref.) B. MUELLER (Heidelberg)

## Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

### ● Kurt Kolle: Der Wahnkranke im Lichte alter und neuer Psychopathologie. Stuttgart: Georg Thieme 1957. 55 S. DM 4.80.

Bei Erörterung der klinischen Fragen (2. und 4. Kapitel) wird zunächst festgestellt, daß sich bei der Nachuntersuchung der 30000 von KRAEPELIN in den Jahren 1904—1922 erfaßten Patienten der Münchener Universitätsnervenklinik nur 19 „reine Wahnkranke“, auf die der strenge Kraepelinsche Begriff der „Paranoia“ im Sinne einer „aus innerer Ursache erfolgenden, schleichenden Entwicklung eines dauernden, unerschütterlichen Wahnsystems, das mit vollkommener Erhaltung der Klarheit und Ordnung im Denken, Wollen und Handeln einhergeht“, anwendbar sei, gefunden hätten, und daß auch hinter den 13531 Krankengeschichten der gleichen Klinik in den Jahren 1953—1955 nur 8 Fälle von isoliertem Wahn (Eifersuchts-, Liebes- und sensitivem Beziehungswahn) enthalten gewesen wären; es habe sich also hinsichtlich der großen Seltenheit der „Paranoia“ gegenüber früher nichts geändert. Einen relativ breiten Raum beansprucht die Darstellung des klinischen Begriffes des „echten Wahnes“, der nach der klassischen These stets das unverständbare, uneinführbare, aus Motiven nicht erklärbare Symptom einer Psychose, meist einer Schizophrenie, seltener einer körperlich begründbaren oder einer cyclothymen Psychose, einer Epilepsie oder einer anderen Hirnkrankheit darstelle. Anhand von zwei eigenen Beobachtungen wird gezeigt, daß es auch im Verlaufe der Cyclothymien vorübergehend echten Wahn gebe, der jedoch vom genesenden Kranken korrigiert und in die Person nicht aufgenommen werde, wenn auch psychopathologisch keine klare Abgrenzung von einem schizophrenen Wahnsystem möglich sei. Besonderes Interesse besitze hier auch der Größenwahn der Paralytiker, dessen „von vornherein defiziente Struktur mit der einförmigen Tendenz zur Selbsterhöhung“ gewaltig zu dem reichgegliederten schizophrenen Wahn kontrastiere. Für das Problem der Entstehung paranoid-halluzinatorischer Psychosen bedeutet das Modell des paralytischen Wahnes jedoch einen wertvollen Hinweis, und es erhebe sich die Frage, ob nicht auch bei der Schizophrenie ebenso wie bei der Paralyse ein nur körperlich faßbarer Einbruch in das Gefüge des besetzten Organismus die letzte Ursache der Wahnbildung darstelle. Von diesem echten Wahn („Prozeßparanoia“) seien nach der klassischen These die wahnhaften Einbildungen der Querulanten, der geltungssüchtigen Hyperthymen oder matten Fanatiker, der Häftlinge, der Schwerhörigen und der eifersüchtigen Trinker, also kurz der zu paranoiden Reaktionen veranlagten abnormen Persönlichkeiten („Entwicklungs-Paranoia“) abzugrenzen, während nach der modernen These nicht mehr von einer Krankheit „Paranoia“, sondern nur von „Paranoikern“ gesprochen werde, deren Wahn aus Anlage, Erlebnis und Milieu verstanden oder erklärt werden könne. Schließlich frage die jüngste Forschergeneration — angeregt durch Psychoanalyse, anthropologische Psychologie und Daseinsanalyse — nur noch nach den lebensgeschichtlichen, existentiellen oder ontologischen Bedingungen oder Beziehungen der Wahnentstehung, wobei der Wahn als Existenzform nur geisteswissenschaftlich durchleuchtet werde, aber medizinisch als unerheblich erscheine. In dem dritten, der „Psychopathologie des Wahnes“ gewidmeten Kapitel wird nach Betonung der historischen Verdienste von JASPERS für die Wahnforschung vor allem auf die psychologisch-phänomenologisch feststellbare Aufgliederung des Wahnes in „Wahneinfälle“ und „Wahnwahrnehmungen“ durch K. SCHNEIDER hingewiesen, die sich heute allgemein durchgesetzt hat. Während der Wahneinfall nach SCHNEIDER keine spezifische Struktur habe und sich von anderen Einfällen nicht grundsätzlich unterscheide, sei die Wahnwahrnehmung zweigliederig, d. h. in einen anscheinend normalen Wahrnehmungsakt und einen wegen seiner Symbolbezüge abnormen Vorgang zu unterteilen; es wäre allerdings noch durchaus fraglich, ob nicht auch der Wahrnehmungsakt selbst infolge einer Fehlsteuerung der sinnesphysiologischen Apparate verändert sei. Im übrigen hätten aber gerade die jüngsten, an die Gestaltpsychologie angelehnten Studien MATRUSSEK die Unmöglichkeit gezeigt, beweiskräftige formale Kriterien für eine spezifisch abnorme oder gar pathologische Struktur der Wahnwahrnehmung zu finden. Vielmehr würden immer nur allgemein menschliche Vorgänge erfaßt, die sich auch beim Wahnkranken nicht scharf vom gesunden Seelenleben trennen ließen. Desgleichen stelle der Verstehensbegriff kein verlässliches Kriterium des Wahnes dar (wie in den letzten Jahren auch im einschlägigen Schrifttum wiederholt betont wurde, Ref.). Aber auch in die Pathogenese des Wahnes