

**S. Oehlinger: Der „Tatortphoto-Kompaß“. Ein Hilfsmittel zur präzisen Fixierung der Himmelsrichtungen bei photographischen Tatortaufnahmen.** Arch. Kriminol. **120**, 94—97 (1957).

Im Gegensatz zu Tatortskizzen und photogrammetrischen Aufnahmen fehlen bei den üblichen photographischen Tatortaufnahmen deutlich sichtbare Himmelsrichtungen. Es hat sich in vielen Fällen in der Beweisführung als sehr unangenehm herausgestellt, daß Zeugenaussagen mit Tatortaufnahmen nicht übereinstimmten, weil der Zeuge sich mit seiner erinnerungsmäßigen Blickrichtung nicht in die von einem anderen Standort gefertigte Tatortaufnahme einzufühlen vermochte. Um diesen Schwierigkeiten abzuweichen, wurde der Tatortphotokompaß entwickelt, ein Gerät von 32 cm Durchmesser mit der Möglichkeit, auf einer drehbaren Scheibe die 8 gebräuchlichsten Himmelsrichtungen der Nordrichtung entsprechend einzustellen. Die aufrichtbare Scheibe muß bei der Aufnahme parallel zur Bildebene eingerichtet und soll nicht mehr als etwa 5 m von der Kamera entfernt aufgehängt oder aufgestellt sein. Solche Aufnahmen lassen dann keine Mißdeutungen mehr zu und erleichtern den Vergleich mit der für den Ungeübten oft weniger auswertbaren Tatortskizze.  
BOSCH (Heidelberg)

**Berechold: Ein Kurvenblatt für den Handschriftenvergleich.** Arch. Kriminol. **120**, 114—117 (1957).

Zur Verdeutlichung für den Laien werden die Gegensätzlichkeiten eines Begriffes in der Schriftexpertise aufgetragen — von einer Null-Linie in positiver und negativer Richtung (rechts und links) in 5 Abstufungen —, so daß bei der Verbindung der Punkte eine vielzackige senkrechte Kurve entsteht, ähnlich einer Fieberkurve. Wenn man für ein inkriminiertes Schreiben diese Kurve fertiggestellt hat und auf das gleiche Blatt das Ergebnis aus der Vergleichsschrift einträgt, so erscheint bei einer Identität der Schriften eine Kongruenz der beiden Kurven. Abweichungen geringeren Grades entstehen durch Verstellungsabsichten und ähnlichem. Handelt es sich jedoch um fremde Schriften, so wird der Unterschied ausgesprochen deutlich. Das Verfahren soll nicht eine graphische Methode zur Auswertung darstellen, sondern nur dem Richter als Anschauungsmaterial dienen. [Die gleiche Methode wurde von TORE SJÖRGEN, Göteborg, „Handschriftenvergleich und Wahrscheinlichkeit“, Int. krim. pol. Rev. **10**, 274 (1955) und von HEINRICH PFANNE „Die Schriftexpertise und ihre Bedeutung für die Rechtsprechung“, S. 134 Greifenverlag Rudolstadt, 1954, beschrieben, Ref.)  
BOSCH (Heidelberg)

### Versicherungs- und Arbeitsmedizin

● **Wolfgang Gereke: Prävention, Rehabilitation, Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten, für den Arzt bearbeitet.** München-Gräfelfing: Werk-Verlag Dr. Edmund Banaschewski 1958. 231 S. Geb. DM 19.80.

Obermedizinalrat Dr. GERCKE hat mit seinem gut gegliederten und leicht lesbaren Buch, insbesondere für Ärzte, einen begrüßenswerten Wegweiser durch die Aufgaben der Rentenversicherungen der Arbeiter und Angestellten gegeben, die durch die Neuregelungsgesetze vom 23. 2. 1957 viele Änderungen erfahren haben. — Der Begriff „Invalidität“ ist bekanntlich verschwunden und sollte nicht mehr gebraucht werden. Neben den Begriffen „Prävention“ und „Rehabilitation“, also Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, die vom Gesetzgeber in die Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten eingebaut worden sind, werden die neuen Begriffe „Berufsunfähigkeit“ und „Erwerbsfähigkeit“ erörtert. „Aus Berührungspunkten zwischen Rentenversicherung und behandelnder und begutachtender ärztlicher Tätigkeit sind breite Berührungsfelder geworden — Grundlagen gemeinsamer Arbeit, die es klar zu kennen, zu deuten und zu nutzen gilt.“ Die neuen Rentengesetze bieten dazu einen soliden Grundstock. — Die exakte Aufnahme der Berufs- und Beschwerdenanamnese, das Bemühen einer weitestgehenden Objektivierung der Diagnosestellung und die kritische Prüfung der einzelnen versicherungsmedizinischen Fragestellung ist auch weiterhin Hauptaufgabe des Arztes. Zu beachten ist aber, daß die Beurteilungsvoraussetzungen in der Rentenversicherung von denen der Unfallversicherung und der Kriegsopferversorgung erheblich abweichen. Wenn der Patient glaubt, daß ergangene Verwaltungsbescheide zu Präventions- oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu Fragen der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit u. a. m. rechtlich nicht zutreffen, steht ihm seit 1. 1. 1954 die Möglichkeit des Widerspruchs (§ 80, Ziff. 2, SGG)

oder der Klage (§§ 87 ff. SGG) im Sozialgerichtsverfahren (Sozialgerichtsgesetz vom 3. 9. 1953) offen. Während es bisher in der Arbeiter- und Angestelltenversicherung nur je einen Begriff der MdE („Invalidität“ bzw. „Berufsunfähigkeit“) gab, bestehen jetzt 2: „Berufsunfähigkeit“ und „Erwerbsunfähigkeit“. In der Höhe der Rente ist zwischen Berufs- zu Erwerbsunfähigkeit eine Relation von 1:1,5. — „*Berufsunfähigkeit*“ liegt vor, wenn die Erwerbsfähigkeit auf *weniger als die Hälfte* einer gesunden Vergleichsperson herabgesunken ist. Die vergleichsweise zugrunde zu legenden Tätigkeiten sollen der Dauer und dem Umfang der Ausbildung und den besonderen Forderungen der bisherigen Berufstätigkeit entsprechen. Dem individuellen Arbeitslauf des Menschen soll Rechnung getragen werden. Der „allgemeine Arbeitsmarkt“ usw. sind weggefallen. Der Arzt soll die arbeitsphysiologischen Forderungen, anatomischen Voraussetzungen und physiologischen Vorgänge bei der Ausübung einer bestimmten Tätigkeit, eines bestimmten Berufes in Beziehung zum gegenwärtigen und — soweit erkennbar — zukünftigen Leistungsstatus des Versicherten bringen. Vor der Rentenzahlung stehen als Regelleistungen die Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, die ausführlich besprochen werden. — Der neue Begriff der „*Erwerbsunfähigkeit*“ besagt, daß der Versicherte (Angestellte oder Arbeiter) auf nicht absehbare Zeit und in gewisser Regelmäßigkeit Tätigkeiten nicht mehr ausüben kann oder nicht mehr als nur geringfügige Einkünfte durch Erwerbstätigkeiten erzielen kann. — Entgegen dem Berufsunfähigkeitsbegriff fehlt im Erwerbsunfähigkeitsbegriff jede Beziehung zum bisher ausgeübten Beruf oder bisheriger Tätigkeit und zu Vergleichspersonen. Arbeiter und Angestellte sind somit auf alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes zu verweisen, in denen überhaupt ein Erwerb möglich ist. — Krankheit, Gebrechen, Leiden oder Körper- bzw. Geistesschwäche des Versicherten müssen derart sein, daß weder in absehbarer Zeit noch in gewisser Regelmäßigkeit Erwerbstätigkeiten ausführbar sind, wenn „*Erwerbsunfähigkeit*“ vorliegen soll. Die Renten werden, um den Gesundungswillen zu stärken, nur auf Zeit gewährt, unterliegen somit laufend der ärztlichen Beurteilung. Es werden somit große Anforderungen in fachlicher und charakterlicher Hinsicht an die Ärzte gestellt. — Das Buch bespricht alles im Titel Gesagte ausführlich und enthält im Anhang die betreffenden Gesetze, Rechtsentscheidungen, ein ausführliches Schrifttumsverzeichnis, ein Abkürzungsverzeichnis und ein Sachregister. — Das Büchlein kann nicht nur jedem versicherungsmedizinisch Tätigen, sondern jedem Arzt in beiden Teilen Deutschlands wärmstens empfohlen werden. Möge es weite Verbreitung finden!

RUDOLF KOCH (Halle a. d. Saale)

● R. W. Martin und Heinz Urff: **Die sozialmedizinische Bedeutung der Herz- und Gefäßkrankheiten sowie der Erkrankungen des Magen-Darmkanals.** [Sonderdr. d. Nachr. d. Landesversicherungsanst. Hessen. Schriftleitung: GERHARD HIRSCH H. 5.] Frankfurt a. M.: Landesversicherungsanstalt Hessen 1957. 32 S. DM 1.—.

Der Chefarzt des Sanatoriums der LVA Hessen in Bad Nauheim, Dozent Dr. R. W. MARTIN, behandelt die Herz- und Gefäßkrankheiten in ihrer Bedeutung für frühzeitige Berufs- und Erwerbsunfähigkeit und die Frage der Rehabilitation. Der in seiner Arbeitskraft geschädigte Mensch habe ein Recht auf Arbeit und ärztliche Behandlung. Die Fürsorger müßten eine Quer-Verbindung zu den Stellen der Umschulung schaffen und mit Arbeitsamt und Betrieben eng zusammenarbeiten. Für die nachgehende Fürsorge wird eine zentrale Stelle bei der LVA gefordert, welche die ärztlichen Empfehlungen unter dem Gesichtspunkt der Wiedereingliederung der Geschädigten (Arbeitsplatz- und Wohnungswechsel, Wiederholungskur und laufende ärztliche Überwachung) sammeln müsse. Gute Zusammenarbeit wegen der Nachsorge mit dem örtlichen Arbeitsamt und mit der Fürsorge sei notwendig. 10—15% der Wiedereingegliederten hätten relativ unproduktive Arbeit. Bei 50% aller Herzkranken spielten erhebliche seelische Faktoren eine Rolle, deshalb tue Aufklärung der Öffentlichkeit (insbesondere der Arbeitgeber, die keine Überstunden verlangen dürfen) not. Der erste Gipfel der Todesursachen an Herzinfarkten liege beim Manne um das 50. Lebensjahr, der zweite Gipfel für beide Geschlechter zwischen 65. bis 70. Lebensjahr. Die Thrombose sei in etwa 90% aller Fälle Grundlage des Herzinfarktes. Langdauernde schwere Gefäßkrämpfe der Coronarien, Embolien, entzündliche Veränderungen der Arterienwand infolge von Allergie oder Infektion führten nur in etwa 10% der Fälle zum Herzinfarkt. Beim Herzinfarkt liegt die Sterblichkeit noch um 30%! Prozentual seien nach einer großen Statistik der New Yorker Universität 74% wieder voll arbeitsfähig, 14% teilweise arbeitsfähig und 12% dauernd arbeitsunfähig geworden. Kein signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Die 2. Gruppe der Herzkrankheiten, die beim 50jährigen zur Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit führen könnten, seien die Kranzaderverkalkungen und Herzklappen- und Muskelerkrankungen, die Herzinsuffizienzerscheinungen verursachen. Außer der

nachgehenden Fürsorge wird auch die Gesundheitsvorsorge (Erfassung des Gefährdeten) eingehend diskutiert. Literaturangaben. — Vertrauensarzt Dr. URRF-Wiesbaden behandelt in seinem Vortrag die Erkrankungen des Magen-Darmkanals und der großen Stoffwechsellrüsen in klinischer Betrachtung und in ihrer sozialmedizinischen Bedeutung für die EM. Der sehr inhaltsreiche Vortrag muß nachgelesen werden. Er bringt für den Pathologen und den Gerichtsarzt wichtiges. RUDOLF KOCH (Halle a. d. Saale)

## Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

**M. Kaess: Psychische Veränderungen bei funktionellen Hirngefäßstörungen.** [Nervenklin., Univ., München.] Münch. med. Wschr. 1957, 1148—1149.

Verf. berichtet über 2 Fälle, in denen funktionelle Hirndurchblutungsstörungen, einmal unbekannter Genese, ein anderesmal nach einer Lebensmittelvergiftung zu psychischen Störungen und körperlichen Beschwerden führten, die den postkomotionellen sehr ähnlich waren und durch eine Arteriographie bzw. durch DHE 45 (Dihydroergotamin) völlig beseitigt werden konnten. Er weist darauf hin, daß man im Falle derartiger Beschwerdebilder (Ermüdbarkeit, Gliederschmerzen, Angstzustände, Schwindel, Kopfschmerz, Paraesthesien und gelegentlich Bewußtlosigkeit) auch nach einer nichttraumatischen Ursache fahnden müsse, zumal erartige Zustände therapeutisch offenbar gut zu beeinflussen sind. SACHS (Kiel)

**H.-J. Haase: Beitrag zur Bewegungslehre in der Psychiatrie. Unter Anwendung des Klopftests auf der verfeinerten Schreibwaage.** [Psychiatr. Klin., Med. Akad., u. Landesheilanst. u. Nervenklin., Düsseldorf.] Arch. Psychiat. Nervenkr. 196, 223—240 (1957).

**H. Zeisel und J. Ströder: Endokrin gestörte Kinder und Jugendliche.** [Univ.-Kinderklin., Würzburg.] Münch. med. Wschr. 1957, 1481—1484, 1537—1539, 1594—1596, 1627—1630, 1676—1679, 1715—1718, 1777—1779, 1813—1817, 1869—1873.

**Th. Kammerer: La relation entre médecin et inculpé dans l'expertise mentale criminelle.** (Die Begegnung von Arzt und Beschuldigtem bei der gerichtspsychiatrischen Untersuchung.) Évolut. psychiat. 1956, 433—445.

Die Verhaftung — besonders die erste — ist für den Beschuldigten ein psychisches Trauma. Sie stellt ihn außerhalb der Gesellschaft, unterwirft ihn gewissen Beschränkungen und verlangt seine Anpassung. Die erste Reaktion, Erkenntnis der Lage und der Gefährdung vitaler Interessen, ist eine Art Starre (état de sidération). Sie wird durch die Phase der Ausarbeitung einer Verteidigung abgelöst, in der Lüge und Geständnis, Einrede von Trunkenheit oder Geistesstörung, Abwälzung der Schuld (auch auf das Opfer) und zweckmäßigstes Vorgehen abgewogen werden. 3 Unbekannte, Richter, Verteidiger und Sachverständiger werden in sein Innerstes — das selbst die gewohnte Umgebung respektierte — einzudringen suchen, um ihre Schlüsse zu ziehen. Der Arzt hat für ihn 4 Gesichter: er steht im Sold der Justiz, von der er informiert wird und deren Zwecken er dient, ist also nicht Arzt im Milieu der verschwiegene Sprechstunde — ist aber noch relativ neutral, kennt die Nöte des Inkulpanten noch am ehesten und könnte vielleicht helfen — er ist jedoch Bourgeois und somit an die Denkweise seiner Klasse gebunden und schließlich Psychiater, eine Instanz eigener Art, die über normal und nicht-normal, über Strafe mit Rückkehr in die Freiheit oder Verbringung in das grauerregende Irrenhaus entscheidet. Dieser letzteren Gefahr muß begegnet werden. — Der Arzt stellt sich jedoch auch seinerseits auf den Inkulpanten ein. Der offensichtlich Geisteskranke ist „Patient“, dem Geständigen und sich verantwortlich Betrachtenden gegenüber gefällt er sich in der Rolle des Allmächtigen oder ist zumindest nicht päpstlicher als der Papst. Die Reaktion gegenüber dem Verstockten ist unkontrollierbar: Zorn, Ironie, Kränkung, Sympathie und Antipathie können das Urteil trüben. Endlich kann der Arzt in die Rolle des Ermittlungsbeamten geraten. Die bekannten Folgerungen werden gezogen. Eine gemeinsame Untersuchung und Begutachtung durch 3 Sachverständige zugleich oder nacheinander bessert nichts. — *Diskussion* CARON: Das Gutachten ist nach bestem Gewissen und ohne Tendenz — etwa Schutz der Gesellschaft — und ohne Rücksicht auf die Rechtsprechung nur mit medizinischen Mitteln zu erstatten. LAGACHE: Die Entwicklung der Umgangsformen zwischen Arzt und Inkulpanten ist ein Maß für den herbeigeführten Kontakt. KAMMERER: aber der Arzt gibt den Ton an. LOMMER (Köln)