

## Referate

### Allgemeines, einschl. Verkehrsmedizin

● **Handbuch der allgemeinen Pathologie.** Hrsg. von F. BÜCHNER, E. LETTERER, F. ROULET. Bd. 10: Umwelt I. Teil 1: Strahlung und Wetter. Bearb. von H. FRITZ-NIGGLI, G. MIESCHER, B. DE RUDDER, F. SCHWARZ u. H. U. ZOLLINGER. Redig. von F. ROULET. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960. IX, 434 S. u. 283 Abb. Geb. DM 180.—; Subskriptionspreis: DM 144.—.

B. de Rudder: Wetter, Jahreszeit und Klima als pathogenetische Faktoren. S. 370 bis 390.

Die sehr kritische Darstellung enthält überraschenderweise gerichtsmedizinisch wichtige Einzelheiten, etwa über Reaktionszeitmessungen in Frankfurt a. M. unter Berücksichtigung der Tageszeit und der Barometerstände, ihrer Druckschwankungen innerhalb von 42 Std; außerdem: Häufigkeit verschiedener Vorkommnisse: Beschwerden von Hirnverletzten, Reaktionszeit des Menschen, Verkehrsunfallziffer, Todesziffer, Betriebsunfallziffer; diese bezogen auf Infralangwellenstörungen. Diese Beispiele sollen die gerichtsmedizinische Bedeutung dieses Abschnitts kurz belegen.

H. KLEIN (Heidelberg)

● **Kriminalbiologische Gegenwartsfragen.** H. 4. Vorträge bei der X. Tagg der Kriminalbiologischen Ges. vom 2. bis 4. Oktober 1959 in Tübingen. Hrsg. von EDMUND MEZGER u. THOMAS WÜRTEMBERGER. Stuttgart: Ferdinand Enke 1960. VII, 109 S., 7 Abb. u. 3 Tab. DM 18.—.

Hauptthema der vorgenannten Tagung war die „Kriminologie der Verkehrsdelikte“. Eine ausführliche Würdigung aller Vorträge ist im Rahmen dieses Referates nicht möglich, deshalb muß im wesentlichen eine Beschränkung auf die Bekanntmachung mit den Vortragsthemen erfolgen. — So berichtete K. MIERKE über „Die Konzentrationsfähigkeit und ihre Grenzen im Straßenverkehr“. Er fordert, daß sich der Auf- und Ausbau verkehrspsychologischer Eignungsprüfungen auf funktions- und strukturspsychologische Erkenntnisse stützen muß. F. SCHWARZ referierte über die Grundlagen und die Erfahrungen bei der medizinischen Begutachtung von Motorfahrzeugführern in der Schweiz. Die Verhältnisse und Forderungen entsprechen im wesentlichen denen, die z. Z. in der westdeutschen Bundesrepublik Gültigkeit haben bzw. erhoben werden. H. LEWRENZ befaßte sich mit dem Thema: „Charakterologische Aspekte bei der Begutachtung von Kraftfahrern“. Für Delikte besonders gefährdete Typen werden folgende herausgestellt: 1. Die Haltlos-Weichen, 2. die Phantasielosen und Gemütsarmen, 3. die Egozentrisch-Egoistischen, 4. die Hypobulischen. Zur „Psychologie des Unfällers“ erklärt K. MAYER, daß als „Unfäller“ in Übereinstimmung mit amerikanischen Untersuchungen insbesondere impulsive und labile Persönlichkeiten erkannt worden sind, wobei der Psychastheniker den Typ vorwiegend des passiven „Unfallerleiders“ und der aktiv-unbekümmerte und triebstark-ungesteuerte Typ vorwiegend den aktiven Unfallverursacher darstellt. HILDEGARD HILTMANN demonstrierte an Hand von 2 Fällen den verhängnisvollen Einfluß von Neurosen auf das Zustandekommen von Verkehrsunfällen. Im Rahmen des Themas „Fahrerflucht: Schreck- und Panikreaktion“ weist J. HIRSCHMANN darauf hin, daß ausgesprochene Ausnahmesituationen, die Veranlassung zur Zubilligung einer verminderten strafrechtlichen Verantwortlichkeit oder gar Aufhebung derselben geben, äußerst selten sind. Der Unfallschreck und die affektive Erschütterung als am häufigsten anzutreffende Reaktion auf den verschuldeten Unfall bedingen für sich allein noch keine Unzurechnungsfähigkeit. Dieses Normverhalten dürfe aber nicht dazu verleiten, die „Primitivreaktion des Ausnahmezustandes als Äquivalent einer Geistesstörung im Sinne der Bewußtseinstrübung zu negieren“. Zur „Typologie der Verkehrsunfälle“ nimmt K. LEHMANN als Jurist Stellung. Er vertritt mit Recht die Auffassung, daß man zwecks Erkennen der typischen Ursachen und Merkmale von Verkehrsunfällen nicht die Feststellungen der amtlichen Unfallstatistik zugrunde legen könne, sondern daß man von dem objektiven Tatbestand ausgehen und prüfen müsse, was für seine Herbeiführung, unabhängig von einem etwaigen Verschulden direkt oder indirekt Beteiligter, kausal war. Für

solche Untersuchungen kommen nur reihenweise Einzeluntersuchungen von Unfällen in Frage. H. GÖPPINGER berichtete über „den Verkehrssünder als kriminellen Typus“. G. vertritt die Auffassung, daß es einen „einheitlichen Typ des Verkehrskriminellen schlechthin nicht gibt, so wie es auch das Verkehrsdelikt schlechthin nicht gibt.“ D. LANGEN erörterte die Beziehungen zwischen „Verkehrsunfall und Lebensalter“. Er stellt hierbei 4 alterstypische Probleme heraus: „1. Die oft schweren, meist cerebralorganischen Folgen eines Verkehrsunfalles in der Jugend. 2. Die psycho-physische Dekompensation von Männern zwischen 30 und 40, die sich durch einen mit Reisetätigkeit verbundenen Beruf überdurchschnittlich den ständig latent vorhandenen Gefahren des Straßenverkehrs aussetzen müssen. 3. Die ungünstigen seelischen Entwicklungen vorwiegend bei hyperaktiven selbständigen Unternehmern zwischen 40 und 50 Jahren im Anschluß an einen meist unverschuldeten Verkehrsunfall mit geringfügigem Personenschaden. 4. Die ernst zu nehmenden psychoreaktiven Dekompensationen bei Männern über 60 Jahre, die meist nach geringfügigem Verkehrsunfall den Führerschein ihres Alters wegen entzogen bekamen.“ — „Die Probleme der Fahrlässigkeit bei Straßenverkehrsunfällen“ behandelte J. BAUMANN. Er kommt zu dem Ergebnis, daß die richtige, gerechte Beurteilung von Straßenverkehrsdelikten, insbesondere der Fahrlässigkeitsdelikte aus der juristischen Sicht gesehen, noch nicht gelungen ist.

HANS-JOACHIM WAGNER (Mainz)

● **La dinamica del suicidio con particolare riguardo al minore ed allo stato mentale del suicida.** Presentaz. di CESARE GERIN. (Coll. Monogr. Zacchia. Dir.: CESARE GERIN. Nr. 4.) (Die Dynamik des Selbstmordes unter besonderer Berücksichtigung des Minderjährigen und des Geisteszustandes des Selbstmörders. Herausgegeben von CESARE GERIN.) [Società Romana di Medicina Legale e delle Assicurazioni. Römische Gesellschaft für gerichtliche und Versicherungsmedizin.] Roma: Soc. Romana di Medicina Legale e delle Assicurazioni 1960. 152 S. Lire 2000.—.

Die Schrift enthält 3 Referate zur Problematik des Selbstmordes und eine Reihe von Diskussionsbemerkungen zu diesen. GIORDA berichtet über den Selbstmord eines 11jährigen und versucht eine Deutung der Beweggründe; unter den 15 Diskussionsbemerkungen befinden sich Ausführungen von GERIN, DI TULLIO, DE SANCTIS sowie von anderen italienischen Kriminologen, Gerichtsmedizinern, Psychiatern und Psychologen. LENZI berichtet über Selbstmord und Unfallversicherung, PEZZERI über Selbstmord und Krankenversicherung, ANTONIOTTO über den Selbstmord in der Lebensversicherung. Über Selbstmord und Geisteszustand des Selbstmörders referieren GIORDA und MERLI. Allen Referaten sind Literaturnachweise beigegeben, in denen das deutsche Schrifttum weitgehend Erwähnung findet. Der Anteil der Minderjährigen beträgt in Italien 0,5% der Selbstmörder; die Selbstmordsituation und die Grundlagen des Ereignisses unterscheiden sich von denen der Erwachsenen in vielfacher Hinsicht. DE SANCTIS behandelt in seinen Ausführungen unter anderem auch das Verhältnis zwischen Selbstmord und erfolglosem Selbstmordversuch. GIORDA und MERLI bringen den Geisteszustand des Selbstmörders in Zusammenhang mit den Normen des italienischen Straf- und Zivilrechts.

KONRAD HÄNDEL (Karlsruhe)

● **Werner Weigelt: Verkehrsunfallflucht und unterlassene Hilfeleistung.** (Sonderdr. aus Kraftverkehrsrecht von A—Z. Hrsg. von WERNER WEIGELT.) Berlin: Erich Schmidt 1960. 90 S. DM 6.80.

Eingehende Übersicht an Hand der rechtsdogmatischen Literatur, der Kommentare und der höchstrichterlichen Rechtsprechung, im Sinne des Titels beschränkt auf das Straßenverkehrsrecht. Formen der Täterschaft, äußerer und innerer Tatbestand, Verhältnis zu anderen Delikten und die Strafsanktionen werden systematisch abgehandelt. Von vielen, auch für den Gerichtsmediziner interessanten Entscheidungen sind diejenigen hervorzuheben, die definieren, daß nachträglicher Alkoholkonsum zur Verdunkelung der Art der eigenen Unfallbeteiligung nicht den Schuldvorwurf des § 142 StGB erfüllt. Die Judikatur zur Frage, ob und wann „Kopfflosigkeit“ oder Alkoholkonsum eine Flucht mehr oder weniger entschuldigen, wird referiert; dabei nimmt man immer wieder mit Erstaunen Kenntnis von den auf starre Promillewerte angesetzten Richtzahlen der Strafsenate für die Annahme der Voraussetzungen des § 51 (z. B. „Unzurechnungsfähigkeit beginnt erst (!) bei 3‰“, OLG Hamm 1955 — oder „Verminderte Zurechnungsfähigkeit kann bereits (!) bei über 2‰ eintreten“, BGH 1953). Die neueren Ergebnisse über die Einschränkung der sensorischen Wahrnehmungsfähigkeit bei Unfällen unter Alkoholkonsum sind nur summarisch erwähnt. Die medizinische Literatur zur Unfallflucht in psychischen Ausnahmezu-

ständen (zwecklose Primitivreaktionen, akute Kommutationspsychosen und dergleichen) ist noch nicht berücksichtigt. Im Kommentar zum § 330 c StGB vermißt man eine Erwähnung der Meinungen, die eine enge räumliche Beteiligung („Zufallszeuge“, „Weggenossenschaft“) als Voraussetzung der Hilfspflicht verlangen. Aus dem Abschnitt „Erforderlichkeit der Hilfeleistung“ geht die Widersprüchlichkeit der bisherigen Rechtsprechung hinsichtlich der subjektiven und objektiven Notwendigkeit der Hilfeleistung hervor (die bedenkliche Entscheidung des OLG Köln 1957 — u. a. in NJW 1957, 1609 — und die Entscheidung des OLG Celle, I Ss 78/57 sind nicht aufgeführt). — Die kleine, übersichtlich gedruckte Sammlung ist zur raschen Orientierung sehr geeignet.

SCHLEYER (Bonn)

**A. Mele: Su un mostro duplice toraco pago.** (Bericht über einen Fall von Thoracopagus.) [Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Napoli.] *Folia med.* (Napoli) **43**, 374—385 (1960).

**I. Gy. Fazekas: Biologischer Nachweis von gluco- und mineralocorticoidartigen Substanzen in den Lungen.** [Inst. f. Gerichtl. Med., Univ., Szeged.] *Z. Vitamin-, Hormon- u. Fermentforsch.* **11**, 29—46 (1960).

Verf. fand in Versuchen mit Mäusen, denen bei genau gleichartig zusammengesetzter Nahrung bestimmte Mengen eines Extraktes aus frischen Schweinelungen (frei von Eiweiß, Fett, Cholesterin, Fettsäuren und Gallenfarbstoff) eingespritzt worden waren, daß die Lunge Stoffe enthält, die nach ihren Wirkungen mit Glucocorticoiden und Mineralcorticoiden der Nebennierenrinde identisch sind. Die Lunge sei demnach in der Lage, in einem gewissen Umfang Corticosteroide zu speichern. Diese Schlußfolgerungen setzt Verf. in Beziehung zu verschiedenen Beobachtungen, welche darauf hinweisen, daß die Nebennierenrindenhormone den Zustand der Lungen beeinflussen: Zufuhr von Mineralcorticoiden steigert die Durchlässigkeit der Capillaren und damit die Bereitschaft zu Ödem und Entzündung. Zufuhr von Glucocorticoiden verhindert Ödem und Entzündung, begünstigt aber Nekrosebildungen. Auch gewisse Beobachtungen bei Tuberkulosekranken mit Addison können in dieser Weise gedeutet werden. Auf Grund der Wirkung des Schweinelungenextraktes auf den Kohlenhydratstoffwechsel von adrenaletomierten Mäusen und intakten Ratten sowie auf den Natrium- und Kaliumgehalt des Blutserums von Kaninchen glaubt Verf. das Vorhandensein corticoidartiger Substanzen in den Lungen bewiesen zu haben.

GG. SCHMIDT (Erlangen)

**U. Lehr: Berichte über den Stand des Accelerationsproblems. II. Erscheinungsformen der säkularen Acceleration.** *Vita hum.* (Basel) **3**, 32—60 (1960).

Ausführliches und kritisches Literaturreferat. Man entnimmt ihm, daß es eine langsame Acceleration immer gegeben hat, anscheinend schon in prähistorischer Zeit. Die Acceleration hat aber in den letzten Jahrzehnten zugenommen, sie gilt auch für die Geburtsgewichte und die Längen der Neugeborenen. Es besteht vielfach der Eindruck, daß die Notzeit des Krieges und der Jahre nach dem Kriege das Wachstum hemmte. Diese Hemmungen wurden in Deutschland ab 1949 beschleunigt ausgeglichen.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Paul H. Kutschenreuter: A study of the effect of weather on mortality.** (Über den Einfluß des Wetters auf die Sterblichkeit.) [U. S. Weather Bureau, Washington, D. C.] *Trans. N.Y. Acad. Sci., Ser. II* **22**, 126—138 (1959).

Die jahreszeitliche Verteilung der Sterblichkeit hat seit Beginn des Jahrhunderts eine Änderung erfahren. Dies ist auf das Verschwinden einer früher bestandenen indirekten Einwirkung des Klimas auf die Mortalität zurückzuführen. — Die jahreszeitliche Schwankung der Mortalität verschwindet bei den Gruppen der 1—24jährigen vollkommen. Zwischen der jahreszeitlichen Sterblichkeit von Personen weißer und nichtweißer Rasse besteht kein signifikanter Unterschied. — Während kalter Winter und heißer Sommer ist die Sterblichkeit höher als bei warmen Wintern und kühlen Sommern. — Obgleich die Mortalität der Gruppen älterer Personen während kalter Winter höher ist, scheint auch jene der 25—44jährigen unter dem Einfluß kälterer Wintertemperaturen zu stehen. — Der Vergleich der Sterblichkeit unter dem Einfluß eines Luftkörpers gegenüber einem anderen zeigt keine nennenswerten Unterschiede. — Die Sterblichkeit ist an Tagen von Frontendurchgang signifikant höher als an anderen Tagen.

PATSCHIEDER (Innsbruck)

**R. Bonino: Rilievi clinico-statistici sulla morbidità del rurale nella provincia di Padova.** [Ist. di Med. d. Lav., Univ., Padova.] *Folia med.* (Napoli) **43**, 353—366 (1960).

**Arnold Habernoll: Das Bundesseuchengesetz. Notwendigkeit und Zielsetzung einer Neuordnung der Seuchengesetzgebung.** Bundesgesundheitsblatt 3, 193—200 (1960).

Der Entwurf eines Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (Bundesseuchengesetz) wurde von der Bundesregierung verabschiedet, es hat den Bundesrat passiert und ist dem Bundestag zur Beschlußfassung zugeleitet worden. Der Entwurf bringt eine Definition von Infektionskrankheiten. Sie werden im einzelnen nicht genannt. Sollten späterhin Infektionskrankheiten auftreten, die als solche noch nicht bekannt waren, so läßt sich das Gesetz ohne weiteres auf diese Erkrankungen anwenden. Die Meldepflicht wird für die einzelnen Krankheiten festgelegt. Meldepflichtig wird jetzt auch die Hepatitis infectiosa, das Q-Fieber, der Tetanus, die Mikrosporie und die Toxoplasmose, fernerhin wird die Meldepflicht für Todesfälle an Virusgrippe, Keuchhusten und Masern eingeführt. Die Möglichkeit der Herbeiführung von Zwangsmaßnahmen mußte beibehalten werden. Die Entschädigungspflicht wird neu geregelt, ärztliche Behandlung soll nicht mehr Zwang sein, wohl aber kann Internierung in einem Krankenhaus oder in einer geeigneten Anstalt angeordnet werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

**W. Schmincke und R. Lorenz: Zur Perspektive des Gesundheitswesens in Westdeutschland.** [Inst. f. Sozialhyg. d. Med. Akad. „Carl Gustav Carus“, Dresden.] Z. ärztl. Fortbild. 54, 666—671 (1960).

**J. Adam, K. Renker und W. Zimmeck: Entwicklung und Perspektiven des Gesundheitswesens in beiden deutschen Staaten.** [Lehrstuhl f. Soz.-Hyg., Hyg. Inst., Univ., Halle-Wittenberg.] Wiss. Z. Univ. Halle, math.-nat. Reihe 8, 771—780 (1959).

Nach einem kurzen Rückblick auf das Gesundheits- und Sozialwesen in der deutschen Geschichte, in der es nicht an Kritiken an dem Gesundheitswesen der Weimarer Republik und der Zeit des Faschismus fehlt, weil nämlich eine kapitalistische Ordnung jedem Gesundheitswesen Grenzen setzen müsse, geben die Verf. eine kurze, völlig unzulängliche und unvollkommene Darstellung der Organisation des Gesundheitsschutzes in Westdeutschland. Der Hauptanteil der Arbeit befaßt sich mit dem Aufbau und der Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens in der Sowjetzone. Der Titel der Arbeit hält also nicht ganz, was er verspricht. Auch die in Westdeutschland anzuerkennende Tatsache, daß zum ersten Mal in der deutschen Geschichte ein Ministerium für das Gesundheitswesen gebildet wurde, wird besonders hervorgehoben. In den „Aktivs“ der ständigen Kommissionen des Gesundheitswesens und in den „Hygienischen Aktivs“ des Deutschen Roten Kreuzes helfen breite Kreise der Bevölkerung bei der ständigen Verbesserung des Gesundheitsschutzes. Daß in einem von einer kommunistischen Regierung gelenkten Staate der Arbeitsschutz und der Ausbau des Gesundheitsschutzes in den Betrieben eine besondere Beachtung erfährt, war zu erwarten. Die Zahl der Ambulatorien, typische Einrichtungen mit sozialistischem Gepräge, wurde von 575 im Jahre 1950 auf 736 im Jahre 1956 vermehrt. Die Zahl der Betriebspolikliniken erhöhte sich von 36 im Jahre 1950 auf 82 im Jahre 1957, die Zahl der Betriebsambulatorien in derselben Zeit von 109 auf 165. Während in Westdeutschland 1 Arzt auf 750 Einwohner kommt, müssen die Verf. bekennen, daß in der Sowjetzone 1600 Einwohner von einem Arzt betreut werden müssen. Die Entwicklung von weiteren Polikliniken und Ambulatorien ist von grundsätzlicher Bedeutung für den Ausbau des sozialistischen Gesundheitswesens der Sowjetzone. Die noch in eigener Praxis tätigen Ärzte haben angeblich z. Z. noch völlig freie Entscheidung über die Form, in der sie tätig sein wollen. Dagegen ist es Aufgabe der Hochschulen, die angehenden Ärzte auf eine Tätigkeit in einem staatlich gelenkten Gesundheitswesen vorzubereiten. Eine solche Tätigkeit muß sich natürlich „im Kollektiv“ vollziehen. Für die ärztliche ambulante Betreuung der Bevölkerung werden Bereiche festgelegt, in denen sich die Tätigkeit der Bereichsarzte abspielt, wobei angestrebt wird, daß für je 1000 Menschen unter 18 Jahren und für je 1000 Menschen über 18 Jahren ein Bereichsarzt zur Verfügung steht. In solchen Bereichen soll auch die fachärztliche Betreuung nach bestimmten Schlüsselzahlen sicher gestellt werden. — Den Einrichtungen für Mutter und Kind wird große Aufmerksamkeit gewidmet. Die Gewährung von Kinderbeihilfen und Stillgeldern wird im wesentlichen vom Besuch der Schwangerenberatungsstellen, bei denen sich jede Schwangere mindestens zweimal vorstellen muß, und von dem Besuch der Mütterberatungsstellen abhängig gemacht. Die Zahl der Schwangerenberatungsstellen ist von 733 im Jahre 1951 auf 1972 im Jahre 1957 gestiegen. 1957 wurden in diesen Beratungsstellen 91,1% der Schwangeren und in den Mütterberatungsstellen 94% der Säuglinge betreut. — Auch auf die großen Vorteile der 1945 eingeführten einheitlichen Sozialversicherung wird an Hand von Tabellen hingewiesen und diese mit der Tatsache verglichen,

daß es in Westdeutschland noch eine Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung gibt, und daß wir es in Westdeutschland bei der weiteren Aufteilung der Krankenversicherung heute mit insgesamt 378 verschiedenen Krankenkassen zu tun haben. — Ein in der Sowjetzone besonders geförderter Zweig des Gesundheitswesens ist die Rehabilitation, deren Aufgabe es ist, die Voraussetzungen zu schaffen, „daß auch der in seiner Gesundheit Geschädigte und Leistungsgeminderte das in der Verfassung und auch im Gesetz garantierte Recht auf Arbeit für sich in Anspruch nehmen kann“. In das Programm der Rehabilitationsmaßnahmen gehört unter anderem die vorschulische Erziehung und die Erziehung und Unterrichtung körperlich und geistig geschädigter Kinder in Sonderschuleinrichtungen. Wie der Referent aus Veröffentlichungen sowjetzonaler Tuberkuloseheilstätten weiß, haben die Rehabilitationsheilstätten für Tuberkulosekonvaleszenten bisher sehr erfolgreich gewirkt. — Es ist für uns Westdeutsche sehr interessant, aus der kurzen Darstellung über das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik zu entnehmen, daß die Verff. genau wissen, wo uns der Schuh drückt, und was wir westdeutschen Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes als unvollkommen ansehen müssen: Es gibt kein Gesundheitsministerium; auf dem Gebiete des Gesundheitswesens ist die gesamte Exekutive den Ländern übertragen; dem Bundestag sind bei der Gesetzgebung Schranken gesetzt, da er Gesetze nur auf einigen Gebieten erlassen kann, die im Artikel 74 des Bonner Grundgesetzes genannt sind. Es handelt sich hierbei um Bereiche der sog. konkurrierenden Gesetzgebung, nach der dem Bundestag ein Gesetzgebungsrecht jedoch nur dann zusteht, wenn aus bestimmten, im Artikel 72 genannten Gründen ein Bedürfnis nach bundesgesetzlicher Regelung besteht. Im Bereiche der konkurrierenden Gesetzgebung haben die Länder aber auch die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund von seinem Gesetzgebungsrechte keinen Gebrauch macht. Die Folge ist die heute bestehende unterschiedliche Impfgesetzgebung in den einzelnen Ländern des Bundes und die unterschiedliche Organisationsstruktur der Gesundheitsämter, die z. T. staatlich, z. T. kommunal sind. Die Durchführung der Gesundheitsfürsorge ist in Westdeutschland den Stadt- und Landkreisen übertragen. Die gesteckten Ziele sind überall dieselben. Da die Kreise die hierfür erforderlichen Mittel aber nur nach ihrer Leistungsfähigkeit oder nach ihrem Interesse aufbringen, werden diese Ziele leider nicht überall erreicht.

GERSBACH (Wiesbaden)

#### G. Nultsch: Totenscheine und Todesursachen. Dtsch. Gesundh.-Wes. 15, 737—738 (1960).

Unter Hinweis auf die Kontrollpflicht der Organe des Gesundheitswesens und auch der Justiz (wobei der Autor die rechtsstaatliche Selbstverständlichkeit des Rechtes „auf die Sicherung und den Schutz des Lebens“ betont für den Sozialismus in Anspruch nimmt) sowie die Bedeutung für die Demographie, wird die Notwendigkeit der Todesursachenstatistik, die von der Ausfüllung des Totenscheins ausgeht, betont. Dabei genügten 1958 17% der Totenscheine nicht den Anforderungen der Zentralverwaltung für Statistik, d. h. wiesen Ausfüllungsmängel auf, so daß Korrekturen im Sinne von Ergänzungen durch die Statistiker, also medizinische Laien, notwendig waren. Der Autor appelliert daher an Ärzte und Kreisärzte um leserliche und vollständige Ausfüllung. Ein Vergleich der Todesursachen bei 100 seziierten Fällen im November 1959 ergab in 25 Fällen nicht übereinstimmende Todesursachen. Für Oktober betrug dieser Prozentsatz für den vom Verf. untersuchten Sektor Berlins sogar 49,3%.

REHMANN (Berlin)

#### Medico-legal systems. For investigating deaths unusual circumstances. (Gerichtsmedizinische Systeme. Zur Untersuchung von Todesfällen unter ungewöhnlichen Umständen.) Med.-leg. J. (Camb.) 27, 166—182 (1959).

Es wird ausführlich über eine Diskussion berichtet, die im London Hospital Medical College unter dem Vorsitz von Dr. F. E. CAMPS, dem Leiter des Department of Forensic Medicine, der genannten Institution stattgefunden hat. Teilnehmer der Diskussion waren: Dr. MILTON HILPERN, Chief Medical Examiner, New York City, Mr. A. L. NIXON, Procurator Fiscal, City of Aberdeen, Sir BENTLEY PURCHASE, H. M. CORONER for the Northern District, County of London. — Die verschiedenen gerichtsmedizinischen Systeme, Medical Examiners System in den USA, das englische und das amerikanische Coronersystem (wobei das letztere in den verschiedenen USA-Staaten unterschiedlich angewendet wird), das Procurator Fiscal System (Schottland), werden unter Berücksichtigung ihrer historischen Entwicklung und zum Teil der ihnen zugrundeliegenden gesetzgeberischen Maßnahmen umrissen. — Der Leser bekommt ein gutes Verständnis der verschiedenen Systeme an Hand der dargestellten Schemata und der interessanten Beispiele, in denen die Vor- und Nachteile, das ihnen Gemeinsame und nicht zuletzt die Schwierigkeiten, vor denen ihre Exponenten oft stehen, dargestellt werden.

G. FÜNFHAUSEN (Berlin)

**Jan S. Olbrycht: Forensic medicine as a separate discipline.** (Die gerichtliche Medizin — ein Spezialfach.) *J. forensic Sci.* 5, 133—140 (1960).

Die Aufgaben des Gerichtsmediziners werden kurz dargestellt. Die Notwendigkeit der Gerichtsmedizin als Spezialfach wird an Hand einiger Beispiele erläutert.

H. LEITHOFF (Freiburg i. Br.)

**W. F. Winkler: Über den Wandel in Häufigkeit, Bedingungen und Beurteilung des Suicids in der Nachkriegszeit.** *Öff. Gesundh.-Dienst* 22, 135—145 (1960).

Nach Hinweis auf Fehlerquellen in der Statistik bringt Verf., der Hygieniker in Dresden ist, bemerkenswerte Zahlen. Die Selbstmordziffer ist in der DDR höher als in der Bundesrepublik (1957 = 2,6 in der DDR und 1,84 in der Bundesrepublik). International liegt die Selbstmordziffer in Österreich, Dänemark und in der Schweiz etwa ebenso hoch, wie in der DDR und etwas höher als in der Bundesrepublik, in Italien und in den Niederlanden beträgt sie 0,7 und 0,6. In den USA beträgt die Selbstmordziffer bei der weißen Bevölkerung 1,1, bei der nicht weißen 0,4. In der DDR ist auch jetzt die Selbstmordziffer in Sachsen und Thüringen am höchsten, was vom Verf. diskutiert wird. Die ziemlich hohe Selbstmordziffer in der DDR wird vom Verf. so begründet, daß die Lockerung der geistigen Situation, die weltanschauliche Umstellung, die Verluste und die Neuordnung sozialer Bindungen, die Wandlungen des Lebenssinnes und der Verlust der Geborgenheit dazu beigetragen haben mögen, die Selbstmordziffer zu erhöhen. Literatur wird nicht gebracht, sie kann vom Verf. angefordert werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Romeo Pozzato: Suicidio per traumi contusivi al capo.** (Selbstmord nach traumatischer Schädelquetschung.) [*Ist. di Med. leg. e delle Assicuraz., Univ., Milano.*] *Riv. Med. leg. Legislaz. sanit.* 2, 47—53 (1960).

**Peter Topf: Veranlassung und Gelegenheitsursache im Schadenersatzrecht.** *Med. Sachverständige* 55, 65—66 (1959).

Verf. greift die Entscheidung BGH NJW 58, 1579 an, in der ein ursächlicher Zusammenhang zwischen einem Verkehrsunfall und dem über 3 Jahre später erfolgten Selbstmord des Verletzten angenommen wurde. Dabei setzt sich Verf. mit dem „adäquaten Kausalzusammenhang“ in der Rechtsprechung auseinander. Er zeigt den Unterschied zwischen Veranlassung und Gelegenheitsursache und wirft die Frage auf, „ob nicht die eigene Verantwortlichkeit des Verletzten derart überwiegt, daß daneben der Charakter des Schadensereignisses als Unfallfolge völlig zurücktritt“. Er weist auch warnend auf die Folgen einer solchen Ausweitung des juristisch relevanten Kausalzusammenhangs hin, wie sie in diesem BGH-Urteil zum Ausdruck kommt.

GÖPPINGER<sup>oo</sup>

**Hamburger Verkehrsgespräch.** *Zbl. Verkehrs-Med.* 6, 94—98 (1960).

**K. Biener: Über Schülerunfälle.** [Unfallkongr., Erfurt, 28.—30. V. 1959.] *Zbl. Chir.* 85, 800—803 (1960).

**Über die Entwicklung der Elektro-Straßenfahrzeuge in den USA und in England.** *Zbl. Verkehrs-Med.* 6, 98—102 (1960).

**K. Scheidler: Das Unfallgeschehen in Berlin.** [Unfallkongr., Erfurt, 28.—30. V. 1959.] *Zbl. Chir.* 85, 781—795 (1960).

Es handelt sich um eine statistische Zusammenstellung der Unfälle in Berlin in den Jahren 1954—1958. Der Verf. unterteilt die Unfälle im Verkehr, in Betrieben und sonstige Unfälle. Bezüglich der Einzelheiten wird auf die Originalarbeit verwiesen.

PETERSOHN (Mainz)

**Julio Endara: Notas sobre accidentes de tránsito.** (Bemerkungen zum Problem der Straßenverkehrsunfälle.) *Arch. Crimin. Neuropsiq.* 8, 3—13 (1960).

Sehr allgemein gehaltene Übersicht über die Ursachen von Verkehrsunfällen und Hinweise darauf, welche Schritte eingeleitet werden müßten (statistische, verkehrsphysikalische, technische Untersuchungen einerseits und gesundheitliche sowie psychologische Eignungsprüfungen der Fahrzeugführer andererseits), um die Ursachen weiter zu erforschen und die erschreckend hohe und ständig zunehmende Zahl der Verkehrsunfälle herabzudrücken. (Es handelt sich um Betrachtungen, die aus der deutschsprachigen Literatur, s. z. B. BAUER, BECKER, BORGMANN, BRESSE, DÖHNER, GANTER, GROSSJOHANN, HESSE, KAHNT, KOLLER, KUNERT, LEHMANN,

LEONHARD, LUFF, MÜLLER-JENSEN, PEUKERT, REDEZKY, SIEVERS, SPAAR, WAGNER, WENDT, WINKLER u. v. a., hinreichend bekannt sind. Anm. des Ref.) SACHS (Kiel)

**L. G. Norman: Medical aspects of road safety.** (Medizinische Aspekte zur Sicherheit im Straßenverkehr.) *Lancet* 1960 I, 989-994.

Es handelt sich um eine Übersicht über die Entwicklung der Straßenunfälle vom Jahre 1926 bis 1958, die in die Beteiligung der Fußgänger, der Radfahrer, der Führer von Fuhrwerken und der Kraftfahrer aufgeschlüsselt sind. Es ergibt sich, daß der Fußgänger im Alter zwischen 70 und 80 Jahren einen außerordentlich hohen Anteil der Verkehrsunfälle bildet, während bei den Kraftfahrern die Spitze im Alter zwischen 20 und 25 Jahren liegt. Bezüglich der psychologischen Problematik wird darauf hingewiesen, daß die verschiedenen benutzten Tests nicht geeignet sind, die Frage der Verkehrstüchtigkeit zu entscheiden. Es sei vielmehr notwendig, eine soziologische Anamnese vorzunehmen. Die Frage der Fahrsicherheit in bezug auf Alkohol oder Medikamente wird, ohne spezielle Einzelheiten anzugeben, kurz gestreift. PETERSOHN (Mainz)

**Paul Bockelmann: Das strafrechtliche Risiko des Verkehrsteilnehmers.** *Neue jur. Wschr.* A 13, 1277—1284 (1960).

Parallel zum Lebens- und Gesundheitsrisiko, das die Zulassung zum Verkehr für andere darzustellen vermag, verläuft das strafrechtliche Risiko des Verkehrsteilnehmers, das jeder zwangsläufig eingeht. Verf. hält es mit Recht für ausgeschlossen, das strafrechtliche Risiko durch Verminderung der Straftatbestände oder Milderung der Strafandrohungen abzuschwächen. Ein risikogerechtes Verkehrsstrafrecht muß sachgerecht, klar und erkennbar sein; es muß unabdingbare Geltung haben und so angewendet werden, daß jeder es als sichere Richtschnur seines Verhaltens nehmen kann. Schwierigkeiten ergeben sich daraus, daß im Verkehrsrecht nicht von vornherein das Richtige und das Moralische unbedingt identisch sind, wie etwa beim Gebot des Rechtsfahrens und bei vielen Gefährdungsverboten. Welche Gebote und Verbote zur Vermeidung von Verkehrsfahrten richtig sind, ist keineswegs unstrittig. Daher ist die Verkehrssituation für jeden Verkehrsteilnehmer eine potentielle Deliktsituation (GÖPPINGER). Das geltende Verkehrsstrafrecht entspricht keineswegs allgemein den Anforderungen an Sachgerechtigkeit, Erkennbarkeit und Unabdingbarkeit; Verf. stellt dies am Beispiel der Vorfahrtsregelung dar. Bedenklich sind Verkehrsvorschriften, die eine mehrdeutige Auslegung gestatten; auch hierzu weist Verf. auf die Vorfahrtbestimmungen hin, die unter gewissen Umständen eine unterschiedliche, sogar willkürliche Auslegung zulassen. Ähnliche Komplikationen entstehen bei der Beurteilung der Bedeutung des gelben Lichtzeichens. Von der Erkennbarkeit einer Regelung hängt das strafrechtliche Risiko des Verkehrsteilnehmers wesentlich ab; tatsächlich wird aber durch Unklarheiten das Verkehrsrecht vielfach unerkennbar. Verf. wendet sich gegen die Forderung, der Verkehrsteilnehmer müsse alle für ihn einschlägigen Bestimmungen kennen, wenn diese Bestimmungen selbst mehrdeutig und unklar sind und der Auslegung durch Rechtsprechung und Schrifttum bedürfen. Im sonstigen Strafrecht liegen die Verhältnisse wesentlich anders, weil dort dem Gebiet des strafbaren Verhaltens meist ein breites Gelände moralisch bedenklichen Tuns vorgelagert ist, das der Täter zunächst durchqueren muß, ehe er die Grenze wirklich strafbaren Handelns erreicht. Besonders unerfreulich wird es, wenn die Interpretation durch die höchsten Gerichte einem Wechsel der Anschauungen unterliegt, für die es ethisch faßbare Grundsätze nicht gibt; Beispiel dafür ist der Wandel der Rechtsprechung in der Frage des Linksabbiegens in ein Grundstück. Damit taucht die Problematik des Verbotsirrtums auf. Auch die Unabdingbarkeit des Verkehrsstrafrechts ist vielfältig durchbrochen; oberster Grundsatz ist deshalb nicht: handle so, wie die Vorschriften es gebieten, sondern: handle so, daß „nichts passiert“. Durch alle Durchbrechungen der grundsätzlichen Regelungen wird das strafrechtliche Risiko des Verkehrsteilnehmers erhöht. Die Anforderungen an den Verkehrsteilnehmer sind ungleich; die Sorgfaltspflicht wird vielfach unter Berücksichtigung des eingetretenen Erfolges beurteilt. Verf. setzt sich dafür ein, daß das geltende Recht verschärft oder doch ergänzt werden muß, wo der Schutz, den es gewährt, lückenhaft ist. Vor allem spricht er sich dafür aus, daß der Auffassung, es sei ein Verkehrsverstoß so lange kein ernsthaftes Verkehrsdelikt, als keine ersten Folgen eingetreten sind, nachhaltig entgegengetreten werde. Die Verkehrsvorschriften müssen sachlich und klar gefaßt sein, damit sie auch ernst und unabdingbar angewendet werden können. Je einfacher die objektiven Strafbarkeitsvoraussetzungen gefaßt sind, um so leichter sind sie erkennbar und um so sicherer lassen sich die Schuldfeststellungen treffen. Die Vereinfachung des Verkehrsrechts führt zwar zu einer Vergrößerung, sie kann aber nach Ansicht des Verf. gleichzeitig eine angemessene Begrenzung des strafrechtlichen Risikos der Verkehrsteilnehmer zur Folge haben. KONRAD HÄNDEL (Karlsruhe)

**M. Mikorey: Betrachtungen zur Psychologie des motorisierten Straßenverkehrs. Med. Klin. 55, 865—870 (1960).**

Es wird die Auffassung vertreten, daß die Ursache für die Mehrzahl aller Verkehrsdelikte darin zu erblicken ist, daß aggressive Tendenzen sich im Straßenverkehr „ausleben“ können. Vor Beginn der Motorisierung konnten sich derartige Tendenzen im Rahmen der Gesamtkriminalität nur auf dem Sektor der vorsätzlichen Rechtsbrechung auswirken. Heute hingegen ist es zu einer Massenflucht aus dem Vorsatz in die Fahrlässigkeit gekommen, wie an dem Beispiel der Kriminalitätsziffern (Verurteilungsziffer für 100000 der Bevölkerung) in Bayern bei einem Vergleich zwischen den Jahren 1903 und 1957 gezeigt wird. Die Gesamtkriminalität ist ungefähr gleich geblieben. 1903 war jedoch der Anteil der Verkehrsdelikte an der Gesamtkriminalität praktisch noch gleich Null; 1957 hingegen betrug er nicht weniger als 38%, wobei Übertretungen oder polizeiliche Verwarnungen nicht mitgezählt wurden. Die Zunahme der Verkehrsdelikte in Bayern in den letzten 55 Jahren entspricht somit nahezu der Abnahme der gesamten übrigen Kriminalität. Ein Teil der Unfallursachen wird darin erblickt: Das Automobil leiht dem Schwachen seine Kraft, macht den Unsicheren sicher, den Jugendlichen erwachsen, den Alternen wieder jung, indem jeder sich und seiner Umwelt durch verwegene Fahrkünste imponiert. Hier werden zahllose Ressentiments und Aggressionen, die sich sonst im sozialen Leben ganz anders ausgewirkt hätten, nach dem Schema etwa der symbolischen Diebstähle auf der Straße abreagiert“. Ebenso gefährlich seien aber für das Heraufbeschwören von Unfallsituationen „die stillen Träumer, die ihre Fahrzeuge über die Straße lenken, als wenn sie allein auf der Welt wären und dabei oft ganz vergessen, daß sie fahren.“ Eine andere, häufig zum Unfall führende Ursache, wird in dem Mißverhältnis zwischen der nicht-möglichen Weiterentwicklung des menschlichen Organismus und der ständig fortschreitenden technischen Vervollkommnung erblickt. Der Verf. formuliert dieses Mißverhältnis dahingehend: „Während nämlich die Prothese des Automobils die Motorik des Menschen potenziert, behalten seine Sinnesorgane ihre natürliche Trägheit, so daß Motorik und Optik des centaurschen Mischwesens ‚Automobilmensch‘ auseinanderfallen“. Den erfolgversprechendsten Weg zu einer Minderung der Unfallzahlen sieht der Verf. nur in einem großzügigsten Ausbau des Straßennetzes, der all diesen aufgezeigten Unvollkommenheiten Rechnung trägt. Auf den zu erwartenden Erfolg macht Verf. durch einen Vergleich der Unfälle auf Bundesstraßen bzw. Autobahnen aufmerksam. So ereigneten sich auf den ersteren bei je 100 Millionen Fahrzeugkilometern 430 Unfälle mit 23 Toten und 260 Verletzten. Auf den Autobahnen sind die entsprechenden Zahlen 180, 8, 69.

HANS-JOACHIM WAGNER (Mainz)

**J. B. de Boer: Untersuchungen über den Einfluß der Lichtfarbe auf das Sehen im Straßenverkehr. Zbl. Verkehrs-Med. 6, 3—20 (1960).**

Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß das Scheinwerferlicht gegenüber der Kraftfahrzeugbeleuchtung mit farblosen Lampen den Vorteil einer verminderten Blendwirkung haben soll, auch sei die Readaptationszeit kürzer. Es habe sich jedoch kein Sehschärfeunterschied gegenüber dem Weißlicht ergeben. — Im Gegensatz hierzu stehen die Untersuchungen PAGES, FLÉURY und ЖЕЛУ. — Bezüglich der öffentlichen Beleuchtung kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß gleiche Leistungen wie bei Natriumlicht bei Quecksilberbeleuchtung nur dann gegeben sei, wenn die Leuchtdichte des Hintergrunds 1,5 mal größer ist. Die Lichtstärke der Natriumleuchten könnten aber selber wiederum 1,5mal größer sein als Quecksilberlicht, ohne daß das Gefühl des Unbehagens bestehe.

PETERSOHN (Mainz)

**H. Brunswig: Untersuchungen über die Hörbarkeit von Verkehrswarngeräten für Feuerwehr- und Polizeifahrzeuge. Zbl. Verkehrs-Med. 6, 20—26 (1960).**

Es werden die einzelnen Typen der Signalgeräte miteinander verglichen. Das elektropneumatische Horn nach DIN 14610 besitzt gegenüber dem elektrischen Läutewerk und dem elektropneumatischen Horn ausländischer Fertigung die geringste rechnerische und subjektive Hörweite. Sie beträgt rechnerisch 34 m und subjektiv 5—15 m. Das elektrische Aufschlaghorn (Starktonhorn) hat eine subjektive Hörweite von 150—280 m. Wesentliche Unterschiede zwischen mit und gegen Wind waren nicht feststellbar. Es wird angeregt, eine Normung von Verkehrswarngeräten vorzunehmen.

PETERSOHN (Mainz)

**G. Nass: Fahrerflucht als psychologisches Problem. Ein Beitrag zur Psychologie der Verkehrsdelikte. Psychol. Prax. 4, 26—47 (1960).**

Es handelt sich um eine Zusammenstellung von Fällen, bei denen der typologische Aspekt entscheidend war. Verf. erwähnt zunächst die charakterologischen Faktoren, die als Hintergrund der Fahrerflucht in Betracht kommen. In den Vordergrund wird das Moment des sich Entziehens



von der Verpflichtung einer Schadenshaftung gestellt. Als Ursache hierfür werden emotionale Faktoren in Verbindung mit Enthemmung, Herabsetzung der psychischen Leistungsfähigkeit, kriminelle Anlagen und Unfalldisposition herausgestellt. Diesen charakterologisch begründeten Reaktionen wird das Versagen aus krankhafter Schwäche und die Unfallflucht als Schockwirkung sowie aus mangelnder Persönlichkeitsreife (Fahrerflucht bei Jugendlichen) gegenübergestellt.

PETERSOHN (Mainz)

**D. Langen: Verkehrsunfallprobleme im Zusammenhang mit dem Lebensalter.** [Univ.-Nervenclin., Tübingen.] Med. Klin. 55, 899—905 (1960).

Die interessanten Ausführungen des Verf. stützen sich auf Material des statistischen Bundesamtes und auf Erfahrungen in der neurologischen Sprechstunde. Nach den vorliegenden Ergebnissen erreicht die höchste Zahl an Personenschäden die Gruppe der 18—25jährigen. Eine fortlaufende Verringerung der Verkehrstoten und Verletzten ist mit steigendem Lebensalter bei Führern motorisierter Fahrzeuge zu verzeichnen, während die Zahl der Verkehrsunfallopfer bei den Fußgängern in den Altersklassen zwischen 0—6 und 6—14 Jahren besonders hoch liegt und dann erst wieder ab etwa 55 Jahren ansteigt. Auf einen verschuldeten Verkehrsunfall der über 65jährigen kommen mehr als 10 der 18—25jährigen. In charakterologischer Beziehung werden folgende Typen herausgearbeitet: 1. Die wenig disziplinierten übermütigen und wagemutigen Jugendlichen, die manchmal noch durch Alkohol angefeuert werden. 2. Männer zwischen 30 und 40 Jahren, die einen Beruf ausüben, der mit Reisetätigkeit verbunden ist. Diesen Beruf haben sie sich manchmal gewählt, um ungebunden zu sein. Mit dem Bestreben, im höheren Alter seßhaft zu werden, bekommen sie unter Umständen eine gewisse Abneigung vor dem Verkehr und eine ständige Furcht vor seinen Gefahren. 3. Selbständige Unternehmer sind vielfach beruflich auf ihr Kraftfahrzeug angewiesen. Ein Verkehrsunfall bringt ihnen den Entzug des Führerscheins, sie erleiden erhebliche finanzielle Verluste und suchen in ihrer Ratlosigkeit den Arzt auf. 4. Wenn Männer über 60 Jahre einen Verkehrsunfall erleiden, der mitunter geringfügig ist, wird ihnen der Führerschein des Alters wegen vielfach entzogen. Dies bedeutet für sie einen erheblichen psycho-reaktiven Schock, sie suchen deshalb den Arzt auf.

B. MUELLER (Heidelberg)

**BGB § 242; VVG § 149 (Einwirkung des Haftungsverzichts eines Fahrgastes auf die Haftpflichtversicherung des Kraftfahrers).** Ein Kraftfahrer ist weder durch den Haftpflichtversicherungsvertrag noch durch die Grundsätze von Treu und Glauben gehindert, mit einem Fahrgast einen teilweisen Haftungsverzicht zu vereinbaren und die Haftungsfreistellung auf den Schaden zu beschränken; für den kein Versicherungsschutz besteht. (BGH, Urt. v. 26. IV. 1960; VI ZR 97/59, Düsseldorf.) Neue jur. Wschr. A 13, 1197—1198 (1960).

**StVG § 24 Abs. 1 Ziff. 1 und 2, Abs. 2 („Führen“ eines Kraftfahrzeuges bei abgeschaltetem Motor).** Ein Kraftfahrzeug „führt“ auch (§ 24 Abs. 1 Ziff. 1 und 2, Abs. 2 StVG), wer es bei abgeschaltetem Motor während des Abrollens über eine Gefällstrecke lenkt. Das gilt auch dann, wenn das Fahrzeug vorher nicht mit motorischer Kraft bewegt worden ist und der Fahrer nicht die Absicht oder die Möglichkeit hat, den Motor anzulassen (Abrollen lassen nur zum Zwecke des Standortwechsels). (BGH, Beschl. v. 29. III. 1960; 4 StR 55/60.) Neue jur. Wschr. A 13, 1211—1212 (1960).

**StGB §§ 330c, 142 (Unterlassene Hilfeleistung trotz Rückkehr zum Tatort. Zeitpunkt der Vollendung).** Der zur Hilfeleistung Verpflichtete muß dem Verunglückten möglichst sofort helfen. Die Straftat der unterlassenen Hilfeleistung ist vollendet, wenn der Täter den Entschluß kundgibt, dem Verunglückten nicht zu helfen. Ändert er später seinen Entschluß, so kann er deshalb nicht straflos bleiben. Ein Unfallbeteiligter, der nach entschuldigter Entfernung vom Unfallort dorthin zurückkehrt, um sich bei den Verkehrspolizeibeamten als Unfallzeuge zu melden und bewußt unwahre Aussagen über das Unfallgeschehen zu machen, erfüllt seine Rückkehrpflicht nicht und ist wegen Unfallflucht strafbar. (BGH, Urt. v. 8. IV. 1960; 4 StR 2/60, LG Aschaffenburg.) Neue jur. Wschr. A 13, 1261-1263 (1960).

**H. Dijon: "Le risque tare" en conduite et assurance automobile.** (Das Risiko durch krankhafte Belastung in der Versicherung und Unfallmedizin.) Sem. méd. (Paris) 36, 474 (1960).

Verf. erläutert einen von G. CANEPA in der Zeitschrift "Medicine Legale" erschienenen Bericht: Jeder Autofahrer, der eine Unfallversicherung unterschreiben will, sollte zuerst von einem Versicherungsarzt untersucht werden. Im Falle einer körperlichen oder seelischen krankhaften Behaftung des Untersuchten sollte ein Spezialrisiko („Belastungsrisiko“) der Versicherung erlauben, die Prämie zu erhöhen.

A. J. CHAUMONT (Strasbourg)

**Dankmar Beisenherz: Haarnest-Fisteln bei Autofahrern.** [Hautklin., Westf. Wilhelms- Univ., Münster.] Med. Welt 1960, 552—553 u. Bild 544.

Verf. berichtet über ein Krankheitsbild, das zwar schon über längere Zeit bekannt ist, das aber häufig nicht erkannt wird und infolgedessen oft ungenügend bzw. falsch behandelt wird. Es werden 2 Fälle von Haarnest-Fisteln beschrieben, in der englischen Literatur als „pilonidal sinus“ und in der deutschen als „Raphe-Fisteln“ bekannt. Die Erkrankung trat bei zu Fettansatz neigenden Seborrhoikern auf. Der Sitz der Erscheinungen ist die Verlängerung der Rima ani nach oben im Sacro-Coccygeal-Bereich. Der histologische Befund zeigte übereinstimmend folgende Typenmerkmale: mit verhohndem Plattenepithel ohne Anhangsgebilde ausgekleidete Hauteinsenkungen. Sie enden blind in der Tiefe oder gehen unter Epithelverlust in Absceßbildung über, wobei diese mit Detritus oder fibrösem Gewebe gefüllt sind. Im umgebenden Gewebe Epithelnester mit kleinsten Härchen. — Bei Eröffnung der Fisteln in der Analfurche kommt es zu Narbenbildung und Ausweichen des Entzündungsrezidivs in das lockere Fett- und Bindegewebe der Gesäßbacken, das erneute Fistel- und Absceßbildung nach sich zieht. — Therapeutisch kommt nur eine radikale operative Behandlung in Frage, um erneuten Rezidiven und maligner Entartung vorzubeugen. — Als Ursache wird das Sitzen auf schlecht gepolsterten, kunststoffbezogenen Autositzen angesehen. — In der Beilage histologische Bilder und schematische Darstellung.

ERNST (Heidelberg)<sup>oo</sup>

**K. Oberdisse: Fahrtauglichkeit bei Diabetikern, die Insulin verwenden.** [23. Tagg, Verh. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk. Versorg. u. Verkehrsmed., Berlin, 7.—8. V. 1959.] Hefte Unfallheilk. H. 62, 25—30 (1960).

Verf. weist darauf hin, daß jeder einzelne Fall seine eigene Problematik besitze. Es sei nicht nur der absolute Wert des Blutzuckers, sondern die Geschwindigkeit des Abfalles entscheidend. Wesentlich sei für die Beurteilung, daß besonders bei dem durch Altinsulin hervorgerufene hypoglykämische Schock recht typische Vorstadien mit verschiedenen allgemeinen Erscheinungen vorausgehen. Der Diabetiker trage auf Grund seiner allgemeinen Erfahrungen, sowohl bezüglich der notwendigen Insulinmengen als auch wegen der dem Zusammenbruch vorausgehenden Symptome, die Verantwortung für sein Versagen. Verf. hält eine allgemeine Beschränkung der Fahrerlaubnis bei Diabetikern nicht für gerechtfertigt. Notwendig sei in jedem Falle ein Gutachten von der zuständigen Diabetiker-Beratungsstelle. Auf diese Weise könnten auch jene Grenzfälle erfaßt werden, bei denen plötzlich auftretende Hypoglykämien zu befürchten seien. Bezüglich der Berufskraftfahrer müsse ein strengerer Maßstab angelegt werden als beim Privatfahrer. Im Hinblick auf die häufigen Ausfälle des Sehfeldes als Folge der Augenhintergrundsveränderung wird die Einholung eines zusätzlichen Gutachtens durch einen Augenarzt empfohlen.

PETERSOHN (Mainz)

**F. J. Ganster: Diabetes und Fahrtauglichkeit.** [Med. Dienst d. Verkehrsbes., Zentralinst., Berlin.] Bahnarzt 7, 17—26 (1960).

Verf. unterscheidet 3 Formen von Diabetes, den schweren, den mittelschweren und den leichten. Beim Vorliegen des ersteren bestehe eine Fahrtauglichkeit. Bei mittelschweren werden die Berufsfahrer als fahrtauglich bezeichnet. Nur die privaten Autofahrer könnten unter bestimmten Voraussetzungen, unter ärztlicher Kontrolle fahrtauglich sein (bedingte Fahrtauglichkeit). Ein leichter Diabetes bedinge keine Fahrtauglichkeit, sofern der Kranke nach den ärztlichen Richtlinien lebe.

FRANZ PETERSOHN (Mainz)

**H. Bürger-Prinz: Zur Frage der Fahrtauglichkeit vom Standpunkte des Psychiaters.** [23. Tagg, Verh. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk. Vers., Versorg. u. Verkehrsmed., Berlin, 7.—8. V. 1959.] Hefte Unfallheilk. H. 62, 36—37 (1960).

Bei der Beurteilung der Fahrtauglichkeit hat sich bewährt, den einzelnen Fall unter anderem unter dem Gesichtspunkt zu prüfen, ob für eine gegebene Unfallsituation eine Beeinträchtigung

der Zurechnungsfähigkeit anzunehmen sei oder nicht. Es folgen allgemeinere Ausführungen zu der Frage, welche Experten Fahrtauglichkeitsuntersuchungen vornehmen sollten und mittels welcher Methoden. Hierbei wird auf die Bedeutung einer im Umgang mit psychisch gesunden und kranken Menschen gewonnenen reichen Erfahrung, ferner den Vorrang der explorativen Techniken gegenüber den Tests hingewiesen.  
BSCHOR (Berlin)

**W. Tönnis: Fahrtauglichkeit bei Verletzungen und Störungen des Zentralnervensystems.** [23. Tagg, Verh. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk. Vers., Versorg. u. Verkehrsmed., Berlin, 7.—8. V. 1959.] Hefte Unfallheilk. H. 62, 30—36 (1960).

Die statistische Bedeutung von Krankheitszuständen als Unfallsursache ist noch völlig ungeklärt. Hinsichtlich der Auswirkung neurologischer Schäden auf die Fahrtauglichkeit bedarf es im Einzelfall vor allem einer genauen Erfassung der jeweiligen Funktionsausfälle: Visusverminderung, Gesichtsfeldstörungen, Lähmungen, Versteifungen, Verkrüppelungen, Bewußtseinsstörungen. Sehr wichtig ist die Kompensationsfähigkeit, die vom Funktionszustand des Gehirns abhängt. Bei diffuser Hirnatrophie ist mit einer ausreichenden Kompensation nicht zu rechnen. An mehreren Beispielen wird die Auswirkung anfallsartiger Bewußtseinsstörungen erörtert. Es komme ab und zu auch vor, daß eine sonst regelmäßig auftretende Aura vor Krampfanfällen ausbleibe. In Übereinstimmung mit HIERONS fordert Verf. 3 Jahre Anfallsfreiheit mit Medikation und 2 ohne, bevor die Fahrtauglichkeit wieder angenommen werden kann. Regelmäßige Nachuntersuchungen sind auch dann unerlässlich. Bei Fällen von Hirnleistungsschwäche, die mit einer MdE von 50% bewertet wird, sollte die Fahrtauglichkeit stets überprüft werden.

BSCHOR (Berlin)

**A. N. Witt: Die Fahrerlaubnis Körperversehrter in orthopädischer Sicht.** [23. Tagg, Verh. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk. Vers., Versorg. u. Verkehrsmed., Berlin, 7.—8. V. 1959.] Hefte Unfallheilk. H. 62, 37—44 (1960).

Körperversehrte sind oft mehr als der Gesunde auf ein Kraftfahrzeug angewiesen. Bei der Prüfung der Frage, ob den Versehrten die Erlaubnis zum Fahren bestimmter Motorfahrzeuge erteilt werden kann, bedarf es großer spezialistischer Erfahrung. Abgesehen von der Behinderung im Bewegungsablauf sind bei Körperversehrten auch gewisse Schmerzzustände (Hyperpathien, Kausalgien, schwere Neurom- und Phantomschmerzen) zu bedenken. Auch Schreckmomente spielen eine Rolle. In Gefahrensituationen ist deshalb bei Versehrten mit einer Reaktionsverzögerung gegenüber den Gesunden zu rechnen. Statistisch gesehen ist indes der Anteil Körpergeschädigter bei Unfällen außerordentlich gering. — Durch geeignete orthopädische Maßnahmen und Sonderkonstruktionen der Fahrzeuge lassen sich Bedingungen herstellen, die auch Schwerbeschädigten ein sicheres Führen von Kraftfahrzeugen gestatten. Auch bei Doppelamputierten und Ohnhändern können durch geeignete Maßnahmen die Voraussetzungen zum Fahren von Personenkraftwagen geschaffen werden. Es werden die einzelnen Gliedmaßenausfälle im Hinblick auf die Frage erörtert, ob dabei noch die Voraussetzungen zum Steuern eines Krafrades mit und ohne Beiwagenantrieb bzw. eines Pkw usw. hergestellt werden können. Wenn auch für Querschnittsgelähmte, Fahrzeuge zum Selbstfahren konstruiert worden sind, so sollte hier aber angestrebt werden, daß sich diese Schwerstversehrten eines Fahrers bedienen könnten. — Bei der Beurteilung der Fahrerlaubnis ist die funktionelle Leistung der geschädigten Gliedmaßen entscheidend, und zwar stets im Blick auf die Gesamtpersönlichkeit. Nach der ärztlichen Untersuchung sollte die Fahrerlaubnis für Versehrte grundsätzlich erst dann gegeben werden, wenn der Antragsteller in einer praktischen Fahrprüfung seine Geschicklichkeit und funktionelle Leistungsfähigkeit bewiesen hat. Der Versehrte dürfe die Gewißheit haben, daß jeder Arzt seine Stellungnahme beim Entscheid über die Fahrerlaubnis mit menschlichem Mitgefühl und Wohlwollen abgeben werde.

BSCHOR (Berlin)

**H. Göbbels: Der Kranke am Steuer — eine Gefährdung der Verkehrssicherheit.** Med. Klin. 55, 893—898 (1960).

Verf. gibt eine Übersicht über die Bedeutung der verschiedenen organischen Erkrankungen in bezug auf die Fahrtauglichkeit. In diesem Zusammenhang geht er auch auf die Genuß- und Arzneimittel ein und streift das Problem der Übermüdung. In einem kurzen Abschnitt weist Verf. auf das Problem der ärztlichen Schweigepflicht hin. Obwohl er das Recht der Gemeinschaft auf Sicherheit bejaht, hält er es für bedenklich „eine Anzeige“ zu erstatten, wenn dem Arzt ein Patient nicht mehr fahrtüchtig erscheint. Auch die Einführung einer sog. „Meldepflicht“ bestimmter Krankheiten wird abgelehnt.

PETERSOHN (Mainz)

**K. Mierke: Leistungs- und Belastungsgrenzen der Konzentrationsfähigkeit des Kraftfahrers.** [Inst. f. Psychol., Univ., Kiel.] Med. Klin. 55, 891—893 (1960).

Verf. weist darauf hin, daß die Fahrtüchtigkeit bzw. Fahruntüchtigkeit sehr wesentlich von der Leistungs- und Belastungsgrenze, aber auch von der Störfmpfindlichkeit und der Konzentrationsfähigkeit abhängig sei. Die Qualität der Persönlichkeit werde in der Hauptsache vom Leistungs- und Übungswillen, aber auch von der gesamten individuellen Antriebsstruktur getragen. Wesentlich hierbei sei, daß Ausfall- und Mangelerscheinungen in dem Funktionsbereich des Organismus sich stets im Sinne einer Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit auswirken. Dies gelte sowohl in bezug auf die körperlichen Funktionen als auch hinsichtlich der psychischen Belastung. Es sei deshalb bei der Untersuchung der Fahrfähigkeit auch die Prüfung der Konzentrationsfähigkeit dringend geboten.

PETERSOHN (Mainz)

**F. Schwarz: Arzt und Straßenverkehr.** [Gerichtl. Med. Inst., Univ., Zürich.] Med. Klin. 55, 870—874 (1960).

In einem Übersichtsreferat werden vor allem die in der Schweiz gesammelten Erfahrungen vom Verf. zu obigem Thema verarbeitet. Insbesondere werden die seit 30 Jahren gemachten Erfahrungen bei der Begutachtung von Kraftfahrern herausgestellt und hierbei den einzelnen Funktionskreisen ein besonderes Augenmerk gewidmet: Sehfunktion, Hörfunktion, Stoffwechselerkrankungen, Herz-Kreislaufleiden, Körperbehinderungen, psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen und akute Intoxikationen. Sofern eines dieser Leiden nicht die Fahrtauglichkeit des Betroffenen aufhebt, sondern nur beeinträchtigt, wird vor allem die Mitwirkung des Privatarztes bei der Überwachung dieser Kraftfahrer als bedeutsam erachtet, unter der Voraussetzung, daß Arzt und Patient mit dieser Regelung einverstanden sind. — Die Arbeit richtet an die Ärzteschaft eine Aufforderung zu einer stärkeren Beteiligung an der Bearbeitung und Beachtung verkehrsmedizinischer Fragen. Der Arztstand müsse vor allem aufklären, warnen und mahnen, um zur Humanisierung des Straßenverkehrs beizutragen. (Weitere wertvolle Anregungen müssen dem Original entnommen werden, Ref.)

HANS-JOACHIM WAGNER (Mainz)

**H. J. Winkler: Schriftliche Weisungen für das Zugpersonal.** [Med. Dienst d. Verkehrswes., Zentralinst., Berlin.] Bahnarzt 7, 211—221 (1960).

**H. Glatzel: Die Situation des Schiffbrüchigen in ernährungsphysiologischer Sicht.** [Klin. Physiol. Abt., Max Planck-Inst. f. Ernährungsphysiol., Dortmund.] Med. Klin. 55, 1308—1312 (1960).

**S. Ruff: Flugunfälle durch Versagen des Menschen.** [23. Tagg, Verh. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk. Vers., Versorg. u. Verkehrsmed., Berlin, 7.—8. V. 1959.] Hefte Unfallheilk. H. 62, 53—62 (1960).

Die Betriebssicherheit der Flugzeuge ist in den letzten Jahren wesentlich gestiegen: Seit 1946 ist die Unfallhäufigkeitszahl (auf Flugkilometer bzw. Flugstunden bezogen) unter  $\frac{1}{3}$  gesunken. Der Anteil der Unfälle durch menschliches Versagen hat indessen zugenommen und liegt in der Sportfliegerei bei 80%, bei der Militärfliegerei zwischen 60 und 70% und im planmäßigen Luftverkehr bei 30%. Dies ist darauf zurückzuführen, daß einerseits die technische Zuverlässigkeit der Flugzeuge erheblich zugenommen hat, andererseits immer größere Anforderungen an die Bedienung (Höhe, Geschwindigkeit, Dauer) gestellt werden. Will man die Zahl der durch menschliches Versagen verursachten Unfälle vermindern, so ist es notwendig, bei der Ausgestaltung der Führerräume mit ihren Instrumenten mehr psychologische und physiologische Faktoren zu berücksichtigen, um Verwechslungen, Fehlablesungen usw. zu vermeiden. Auch sollte die Auswahl des Flugpersonals sich spezieller psychophysischer Tests bedienen, durch die ein echte „Flieger-tauglichkeit gewährleistet“ wird.

SCHRÖDER (Hamburg)

**Charles A. Bryan and Wilson G. Leach: Physiologic effects of cabin pressure failure in high altitude passenger aircraft.** (Physiologische Auswirkungen von fallendem Kabinendruck in großen Höhen auf den Fluggast.) [Roy. Canad. Air Force Inst. of Aviat. Med., Toronto.] [30. Ann. Meet., Aero Med. Assoc., Los Angeles, 28. IV. 1959.] Aerospace Med. 31, 267—275 (1960).

Die Untersuchung erfolgte durch Ableitungen vom EKG und EEG sowie der Messung der Reizbeantwortung. Bei plötzlicher Dekompression bestand subjektiv das Gefühl der Aufblähung

mit substernalem Schmerz und Übelsein. Objektiv zeigte sich eine Pulsbeschleunigung auf 188 min sowie im EKG eine Senkung der ST-Strecke mit Veränderungen der T-Zacke. Ohne Sauerstoffzufuhr zeigten sich im EEG die bereits vielfach in der Literatur beschriebenen Veränderungen im Sinne einer Disrhythmie und den üblichen Provokationseffekten. Als wesentliches Ergebnis der Untersuchung ist herauszustellen, daß bei Defekten an den Druckkabinen der Sauerstoffmangel die größte Gefahr darstellt.

PETERSOHN (Mainz)

**H. Brüner, D. Jovy und K. E. Klein: Ein objektives Meßverfahren zur Feststellung der psychomotorischen Leistungsbereitschaft.** [Inst. f. Flugmed., Dtsch. Versuchsanst. f. Luftfahrt e. V., Bad Godesberg.] *Int. Z. angew. Physiol.* 18, 306—318 (1960).

Verf. haben ein Gerät entwickelt (lieferbar durch die Deutsche Versuchsanstalt für Luftfahrt, Mülheim-Ruhr), das gestattet, „Schätzvermögen und Handfertigkeit, Aufmerksamkeitsintensität, Dauer der Aufmerksamkeitsintensität und Belastbarkeit in Abhängigkeit von Konstitution, Disposition und Willen“ zu erfassen. Es beruht im Prinzip darauf, daß der Proband aus einem Kugelreservoir mit 25 Kugeln von 5 verschiedenen Größen jeweils eine passende ausgewählt und damit eine gleichgroße Öffnung in einer umlaufenden Walze füllt. Die Leistungen werden registriert. Die Gesamtleistung kann berechnet werden. Das Gerät ist angewandt worden zur Messung der psychomotorischen Leistungen nach Zuführung von Medikamenten, so z. B. Bromural; nach Alkoholgabe zeigte sich eine Leistungseinschränkung schon bei einem Blutalkoholspiegel von unter 0,9‰. Das Gerät ist vielseitig zu verwenden und eignet sich höchstwahrscheinlich auch für die Bearbeitung einschlägiger gerichtsmedizinischer Fragestellungen.

B. MUELLER (Heidelberg)

### Unerwarteter Tod aus innerer Ursache

● **Jörn Gleiss: Soziologische Untersuchungen über die Säuglingssterblichkeit im Ruhrgebiet.** (Forschungsber. d. Landes Nordrhein-Westf. Nr. 855.) Köln u. Opladen: Westdeutscher Verlag 1960. 31 S., 5 Abb. u. 13 Tab. DM 9.90.

Der Verf. befragt alle Mütter gestorbener Säuglinge eines Gebietes, das die 5 Städte Gelsenkirchen, Wanne-Eickel, Bottrop, Recklinghausen und Gladbeck umfaßt und vergleicht die Angaben mit denjenigen der Mütter überlebender Säuglinge des gleichen Gebietes und Jahrgangs. Auf diese Weise erhält er 2 Untersuchungsgruppen, nämlich eine Testgruppe für die Gestorbenen und eine Kontrollgruppe für die Überlebenden Säuglinge. Er kommt zu dem Ergebnis, daß sich die Säuglingssterblichkeit im Ruhrgebiet nur graduell, nicht prinzipiell, von der Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen und in Westdeutschland unterscheidet. Ebenso wie in den anderen Gebieten sind auch im Ruhrgebiet die unehelich geborenen und die frühgeborenen Kinder am meisten gefährdet und solche Kinder, die unter ungünstigen häuslichen Bedingungen geboren und aufgezogen werden. Auch im Ruhrgebiet sind die Kinder der jüngeren Mütter und der älteren Mehrgebärenden besonders gefährdet. Zur Vorbeugung und Bekämpfung der noch relativ hohen Säuglingssterblichkeit im Ruhrgebiet macht der Verf. verschiedene Vorschläge: Die Zahl der zugelassenen und speziell ausgebildeten Kinderärzte müßte erhöht werden; der Kinderarzt müßte auch in die Säuglingsfürsorge und Mütterberatungen mehr als bisher eingeschaltet werden; es sollten auch die Mütter durch die Beratung erfaßt werden, die einer Gesundheitsführung während der Schwangerschaft ablehnen gegenüber stehen, abgesehen davon, daß die Erfassung der Erstgebärenden und älteren Mehrgebärenden verbessert werden sollte. Die Maßnahmen des Mutter-schutzes müßten noch verbessert werden. Verantwortungsbewußte Familienplanung wäre geeignet, den Anteil von Fehl-, Früh- und Totgeburten — aber auch von Todesfällen jenseits der Neugeborenenperiode — wesentlich zu senken.

TRUBE-BECKER (Düsseldorf)

**G. Holler: Asthma und Managerkrankheit als sozialmedizinisches Problem.** *Wien. med. Wschr.* 110, 472—474 (1960).

Verf. sieht in der chronischen Cortisonverarmung des Managers und dem akuten Cortisonmangel des untrainierten Sportlers bei Höchstleistungen auslösende Ursachen für Asthma bronchiale und andere allergische Erkrankungen. Erblich belastete Individuen sollten deswegen von Jugend auf zum Training der Nebennierenrindenfunktion zu einer sportlich-hygienischen Lebensweise angehalten werden. Die Arbeit ist Professor Dr. A. WERKGARTNER zum 70. Geburtstag gewidmet.

H. B. WUERMELING (Freiburg i. Br.)