

Heinrich Tegel: **Schuhe verraten den Namen des Täters.** [Sicherheitsbüro, Bundespolizeidirekt., Wien.] Arch. Kriminol. 126, 149—153 (1960).

A. Schöntag: **Die Aufklärung eines Kraftfahrzeugbrandes als Versicherungsbetrug.** [Bayer. Landeskrim.-Amt., München.] Arch. Kriminol. 126, 121—123 (1960).

William R. Heilman: **Nondestructive infrared and X-ray diffraction analyses of paints and plastics.** [11. Ann. Meet., Amer. Acad. of Forensic Sci., Chicago, 26. II. 1959.] J. forensic Sci. 5, 338—345 (1960).

J. F. A. Bessemans: **Identifizierung von Streichholzresten, die an einer Brandstelle gefunden wurden.** Arch. Kriminol. 126, 70—72 (1960).

Nach einem Brand in einem Geschäftshaus konnten hinter der Eingangstür des Ladens die Reste von sieben zum Teil abgebrannten Zündhölzern, drei weitere im Inneren des Ladens sicher gestellt werden. Bei der Durchsichtung eines Verdächtigen bemerkte man in dessen Taschen zwei kleine Streichholzpackungen (20er Packungen in zwei Reihen zum Abbrechen der Zündhölzer). Bei drei Streichholzresten ließ sich der eindeutige Holzfaser-Zusammenhang mit den Abrißstellen am Fußende der Kleinpackungen nachweisen. Die Beweisführung war nur möglich, weil der Tatort sehr schnell und mit größter Sorgfalt abgesucht und auch eine gründliche körperliche Durchsichtung des Verdächtigen vorgenommen worden war. BOSCH (Heidelberg)

Versicherungs- und Arbeitsmedizin

● **Handbuch der Unfallbegutachtung.** Hrsg. von ALFONS LOB. Bd. 1: Versicherungsrechtlicher Teil. Bearb. von R. ASANGER, E. BAKULE, F. LANG u. a. Stuttgart: Ferdinand Enke 1961. XVI, 484 S. Geb. DM 59.—

Herausgeber ist Chefarzt des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses in Murnau/Obb. Das Werk ist gedacht als Nachfolger des von KAUFMANN verfaßten Handbuches der Unfallmedizin. Vorgesehen sind drei Bände, der zweite Band soll die Begutachtung der chirurgischen Unfallkrankheiten bringen, der dritte Band die Begutachtung in nicht operativen Fachgebieten. Der vorliegende erste Band ist von Juristen und Medizinern verfaßt. Dr. jur. ASANGER, München, stellt die rechtlichen Grundlagen der Unfallversicherung in Deutschland, Dr. jur. BAKULE in Wien die in Österreich und Prof. F. LANG in Zürich die der Schweiz dar. Die internationalen Beziehungen auf dem Gebiet der gesetzlichen Unfallversicherungen werden von Ass. F. WATERMANN in Bochum dargelegt. Der Abschnitt über private Unfallversicherung stammt aus der Feder des Arztes Dr. W. PERRÉ in München, die Rolle des praktischen Arztes bei der Unfallversicherung hat der Herausgeber dargestellt, die rechtlichen Grundlagen zur Unfallversicherung einschließlich des Kausalzusammenhanges Dr. REICHENBACH in München, die Praxis der Unfallbegutachtung und die Zumutbarkeit ärztlicher Eingriffe stammen von dem Arzt JÜRGEN PROBST in Murnau, aus der Feder von PERRÉ stammt die Darstellung der ärztlichen Begutachtung der Arzthaftpflichtschäden. Die Darstellung ist klar und leicht verständlich, auch in den juristischen Teilen. Die Verf. der einzelnen Abschnitte haben sich gut aufeinander abgestimmt. Die gebräuchlichen Rentensätze sind mit abgedruckt worden. Bei dem Bericht über die Zumutbarkeit ärztlicher Eingriffe (das Strafrecht wird nicht berücksichtigt) geben Tabellen von HEGEMANN Auskunft über die Operationsgefährdung beim Vorliegen von bestimmten Krankheiten. — Der gut gelungene erste Band des Werkes wird dem einschlägig interessierten Arzt das Nachschlagen in der weit verzweigten Literatur ersparen. Anschaffung kann empfohlen werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Paul Mifka: Nervenärztliche Unfallbegutachtung.** (Arbeitsunfall u. Berufskrankheit. Theorie u. Praxis. Schriftenr. d. allgem. Unfallversicherungsanstalt. Bd. 1.) Wien: Carl Ueberreuter (M. Salzer) o. J. (1960). 150 S. Geb. DM 11.—

Aus der Tatsache, daß die Beziehungen zwischen der Medizin und den Einrichtungen des Gesundheitsdienstes immer enger werden, muß die Herausgabe der Schriftenreihe der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (Österreich) begrüßt werden. Die Bedeutung dieser Schriftenreihe wird keineswegs durch den Hinweis der Herausgeber geschmälert, daß lediglich die persönlichen Arbeitsergebnisse, Ansichten und Auslegungen der Verf. wiedergegeben werden. Der vorliegende erste Band bestätigt diese Annahme. Die „nervenärztliche Begutachtung“ gibt klare Richtlinien

in kurzer prägnanter Form für jeden in der Unfallbegutachtung tätigen Arzt. Die hier aus österreichischer Sicht erörterten Kausalitätsfragen lassen sich durchaus auf die deutsche Unfallgesetzgebung übertragen. Die Ausführungen sind auf „durchschnittliche Begutachtungen“ abgestellt. Die wichtigsten unfallbedingten neurologisch-psychiatrischen Krankheitsbilder werden erörtert und gegen schicksalhafte Erkrankungen und psychogene Überlagerungen abgegrenzt. Im Anhang findet sich eine Tabelle mit Einschätzungsrichtsätzen (in %) bei peripheren Nervenverletzungen.

GERCHOW (Kiel)

● **Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.** Von J. JADASSOHN. Ergänzungswerk. Bearb. von J. ALKIEWICZ, R. ANDRADE, R. D. AZULAY u. a. Hrsg. von A. MARCHIONINI gemeinsam mit O. GANS, H. A. GOTTRON, J. KIMMIG, G. MIESCHER, H. SCHUERMANN, H. W. SPIER u. A. WIEDMANN. Bd. 6. Teil 3: Fertilitätsstörungen beim Manne. Bearb. von S. BORELLI, R. DOEPFNER u. E. HEINKE. Hrsg. von H. SCHUERMANN und R. DOEPFNER. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960. XIX, 880 S. u. 203 Abb. Geb. DM 248.—; Subskriptionspreis DM 198.40.

Rudolf Doepfner und Siegfried Borelli: Die Adoption. S. 797—816.

Verff. geben einen Überblick über das Gesamtproblem der Adoption, ihre medizinische und persönliche Indikation sowie die rechtlichen Verhältnisse. Sie empfehlen dringend die Inanspruchnahme erfahrener Vermittlungsstellen (Jugendfürsorge, kirchliche Organisationen). Die oft günstige Entwicklung von Kindern aus sozial unsicherem Milieu wird auf die zumeist besondere Sorgfalt seitens der Adoptiveltern bei der Erziehung zurückgeführt. Bei Kindern aus einwandfrei belasteten Familien (Trinker, Geistesschwache, Dirnen) wird mehrjährige Beobachtung vor Adoption empfohlen; generell wird unbedingt zu frühzeitiger Adoption (1. Halbjahr) geraten.

SCHRÖDER (Hamburg)

● **Bundesversorgungsgesetz, Schwerbeschädigtengesetz, Unterhaltsbeihilfengesetz, Heimkehrergesetz, Kriegsgefangenenentschädigungsgesetz, Häftlingshilfsgesetz sowie Durchführungs- und Verwaltungsvorschriften.** Textausgabe mit amtlichen Leistungstabellen und Sachverzeichnis. Ergänzungslfg. Juli 1960. (2. Ergänzungslfg. z. 7. Aufl.) München u. Berlin: C. H. Beck 1960. 124 S. Im Lose-Blatt-System: DM 2.80.

Mit der vorgelegten 2. Ergänzungslieferung zur 7. Auflage des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) hat die Becksche Verlagsbuchhandlung die Textsammlung auf den Stand der Gesetzgebung vom 31. 7. 1960 gebracht. Die Lieferung enthält die Neufassung des BVG durch das 1. Neurechtsgesetz vom 27. 6. 1960 (s. BGBl. I/S. 453). Außerdem werden die Änderungen über das Verwaltungsverfahren der Kriegsoferversorgung und die Neufassung des Häftlings-Hilfsgesetz behandelt.

MALLACH (Berlin)

● **Die ärztliche Beurteilung Beschädigter.** Hrsg. von GEORG SCHÖNEBERG. Unter Mitwirkung von L. ADELBERGER, A. BECKER, W. DÖHNER u. a. Mit einem Geleitwort von C. DIERKES. 3. Neubearb. u. erw. Aufl. Darmstadt: Dr. Dietrich Steinkopff 1960. XIX, 478 S. Geb. DM 44.—.

Das Buch ist zugeschnitten auf die Bedürfnisse des Gutachterarztes im Versorgungswesen und basiert auf der Neuordnung des Kriegsofferrechts, wie sie unter dem 27. 6. 60 veröffentlicht wurde (BGBl. I, S. 453). Das Buch soll dem Arzt durch seine Richtlinien und Tabellen die Entscheidung bzw. die Beratung der Versorgungsbehörde erleichtern. Für jede Frage lassen sich allerdings Richtlinien nicht geben; die Prüfung der Frage, ob ein Kausalzusammenhang zwischen schädigendem Ereignis und dem vorliegenden Gesundheitsschaden mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden darf, kann dem Gutachter nicht abgenommen werden, so drückt sich im Geleitwort der Leiter der ärztlichen Abteilung des Bundesarbeitsministerium Ministerialrat Dr. med. C. DIERKES aus. Da die Fragestellung in der Versorgungsbegutachtung und in der Begutachtung von Unfällen nach den Bestimmungen der RVO nicht unähnlich sind, wird auch der Unfallgutachter aus dem Buch erheblich Nutzen ziehen können. Der Herausgeber hat neben dem allgemeinen Teil einen Teil der inneren Medizin übernommen. Die weiteren Kapitel stammen aus der Feder von neun Mitarbeitern, unter ihnen ist die Tuberkulose von ADELBERGER, die Augenheilkunde von JAENSCH, die HNO-Krankheiten von BECKER, die Hautkrankheiten von GAHLEN, der Bewegungsapparat von JANTKE, Herz- und Kreislauf von SCHWENKE, das Nervensystem von KROOS und die psychogenen Reaktionen von DÖHNER abgehandelt worden. Im Rahmen des

allgemeinen Teiles findet man Ausführungen über Zweifelsfragen des Kausalzusammenhanges, über die Verschlimmerung, über die Pflegezulage und im Nachtrag die Bestimmungen über den Härteausgleich, über den das zuständige Ministerium entscheidet und der gewährt wird, wenn die wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem in Betracht kommenden Gebiet noch nicht so weit vorgeschritten sind, daß eine hinreichend sichere Entscheidung möglich ist (multiple Sklerose, Lymphogranulomatose). Auch die Frage der Selbsttötung und Selbstverstümmelung wird an Hand von klaren Beispielen dargelegt. Hervorgehoben mögen die Ausführungen von KLOOS über die Folgen der Hirnverletzungen werden. Der Hirnverletzte verändert sich nicht im Charakter, die traumatischen Wesensveränderungen beschränken sich vielmehr auf die Temperamentschicht. Kritisch erörtert werden die wenigen Fälle, bei denen ein Zusammenhang zwischen Kriegsdienstverletzung und Psychosen von schizophrenieähnlichem Charakter anerkannt werden. Das Buch wird auch demjenigen gute Dienste leisten, der nur verhältnismäßig selten mit Begutachtungsfragen im Rahmen des BVG in Berührung kommt. Referat über die 2. Auflage s.d.Z. 45, 160 (1956).
B. MUELLER (Heidelberg)

● Ernst W. Baader: **Klinische Grundlagen der 46 meldepflichtigen Berufskrankheiten.** 5., neubearb. u. erw. Aufl. der „Gewerbekrankheiten“. München u. Berlin: Urban & Schwarzenberg 1960. XII, 479 S., 69 Abb. u. 12 Taf. Geb. DM 58.—

Die 4. Auflage der „Gewerbekrankheiten“ von 1954 war bald vergriffen und da in den deutschsprechenden Ländern die Berufskrankheitenverordnungen um die Erkrankungen durch Vanadium und seine Verbindungen, durch Isocyanate (neuartige Kunststoffe), das beruflich verursachte Bronchialasthma und die Staublungen durch Hartmetall erweitert worden sind bzw. werden, ergab sich für BAADER die Notwendigkeit einer Neuauflage seines beliebten arbeitsmedizinischen Ratgebers. Auch mußte der Verf. auf die zahlreichen Veränderungen hinsichtlich der Voraussetzungen für eine Entschädigungspflicht bei den bisherigen Ziffern der Berufskrankheitenliste eingehen. Kritisch nimmt er auch zu den Werten einer maximalen Arbeitsplatzkonzentration an schädlichen Gasen und Stäuben (MAK-Werte) bei achtstündiger täglicher Arbeitszeit und einigen Fragen der Arbeitshygiene, um die das Einführungskapitel erweitert worden ist, Stellung. Behandelt werden in erster Linie die melde- und entschädigungspflichtigen 46 Krankheiten und einige nicht meldepflichtige Berufskrankheiten. Die frühzeitige Erkennung, bessere Behandlungsmöglichkeit und die verbesserten gewerbehygienischen Schutzmaßnahmen hätten manche Berufskrankheit selten werden lassen. Dafür tauchten infolge der zunehmenden Entwicklung von Technik und Industrie aber immer neue Berufskrankheitsgefahren auf. BAADER bittet um Mitteilung solcher Beobachtungen. Dem hervorragenden Lehrbuch mit seinen schönen 69 Abbildungen, den 12 Tafeln und dem ausgesuchten Schrifttum wird weiteste Verbreitung gewünscht.

RUDOLF KOCH (Coburg)

● Paul Hülsmann: **Ärztliche Begutachtung der Leistungsfähigkeit von Arbeitssuchenden und Arbeitslosen.** Aufgaben, Grundlagen und Methoden. Mit berufskundlichen Beitr. von WOLFGANG BORN, IRMGARD FEICK, ILSE GREUER u. a. (Arbeit u. Gesundheit. Hrsg. von F. PAETZOLD u. Cl. DIERKES. N. F. H. 72.) Stuttgart: Georg Thieme 1960. XVI, 358 S. u. 1 Abb. Geb. DM 37.—

Die speziellen Aufgaben des Arbeitsamtsarztes bei der Berufsberatung, der Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenvermittlung werden an Hand der großen Erfahrung des Verf. ausführlich dargelegt. Aus dem Alltag der Begutachtungspraxis wird im speziellen Teil eine Gutachtensammlung (36 Stück) vorgelegt. In § 8 der Richtlinien (Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung) und Arbeitslosenversicherung (ANBA 7, 1959, S. 390) heißt es grundsätzlich: „1. Zur Unterstützung der Fachabteilungen und auf deren Veranlassung hat der ärztliche Dienst Personen, deren Gesundheitszustand geklärt werden muß, zu begutachten, um entweder die Eignung für eine Berufsausbildung oder -ausübung oder das Vorliegen der Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen festzustellen. Er ist hinsichtlich der ärztlichen Beurteilung an keine Weisungen gebunden; von ihm dürfen keine Verwaltungsentscheidungen getroffen werden. — 2. Ärztliche Untersuchungen sind nur in dem unbedingt notwendigen Umfang vorzunehmen. Die Begutachtung soll sich auf die Tatsachen beschränken, die für die jeweils zu treffende Verwaltungsentscheidung von Bedeutung sind. — 3. Der ärztliche Dienst hat die Amtsleitung in allen ärztlichen Fragen zu beraten.“ — Die in diesen Leitsätzen aufgezählten Grundsätze der Aufgabenerfüllung werden aus ärztlicher Sicht an Hand einer Auslese von berufskundlichen Beiträgen der Mitarbeiter des Verf. über die Arbeitsbedingungen und Leistungsanforderungen in den verschiedenen Berufsgruppen und Wirtschaftszweigen erläutert. Aus dem Buch kann

auch der erfahrene Gutachter vieles über Gutachtenerstattung im allgemeinen und nicht nur die schwierige spezielle Begutachtung der Leistungsfähigkeit Arbeitssuchender und Arbeitsloser lernen.

RUDOLF KOCH (Coburg)

● **Beiträge zur Silikose-Forschung.** H. 64. M. CHVAPIL: Möglichkeiten einer quantitativen Bestimmung des Fibrosegrades bei der Untersuchung experimenteller Silikose. [Inst. f. Arbeitshyg. u. Berufskrankh., Abt. f. exp. Silikose, Prag.] Bochum: Bergbau-Berufsgenossenschaft 1960. 71 S., 12 Abb. u. 18 Tab. DM 8.—

Nach einer kurzen Kritik halbquantitativer histologischer Methoden verlangt der Autor zusätzliche biochemische Bestimmungen, die er ebenfalls einer vergleichenden Kritik unterzieht. Auch hier decken sich die Resultate verschiedener Methoden nicht. Am besten gelinge die Bestimmung der Kollagenweißstoffe mit Hilfe des Hydroxyprolingehaltes durch wiederholte Extraktion mit siedender Trichloressigsäure nach FITCH, HARKNESS und HARKNESS. Sie erfafßt auch die löslichen Kollagenweißstoffe und somit die frühen Veränderungen. Das Lungengewebe wird am besten nativ verarbeitet. Im Experiment wurden Ratten intratracheal, Mäuse intravenös, Frösche und in der Gewebekultur Hühnerembryonen verwendet. Die Verfahren sind eingehend beschrieben. — Bei pathologisch gesteigerter Bindegewebsvermehrung durch fibroplastische Stäube ist die biochemische Bestimmung der Kollagenweißstoffe eine empfindlichere und genauere Methode für die Bewertung der Lungenveränderungen als die Bestimmung des Lungengewichtes; der Meinung, daß die Gewichtsbestimmung genüge, wird mit ausführlicher Begründung entgegengetreten. — Auch ohne Staubbekämpfung wurde der Einfluß des physiologischen Alters in Lunge und Leber von Ratten und Mäusen bestimmt: Die Kollagenstruktur vermehrt sich schneller als das Organ wächst, die löslichen Formen vermindern sich aber ständig.

HANS W. SACHS (Münster i. Westf.)

● **Entscheidungen des Bundessozialgerichts.** Hrsg. von seinen Richtern. Bd. 12. H. 3/4. Köln u. Berlin: Carl Heymanns 1960. S. 129—256.

Nachfolgende Entscheidungen seien hervorgehoben: In einem landwirtschaftlichen Unternehmen steht ein Versicherter nicht unter dem Schutz der Unfallversicherung, wenn sich ein Unfall auf dem Wege von seinen Betriebs- und Wohnräumen zur Arbeitsstelle ereignet. Dieser Wegeunfallschutz tritt nicht ein, solange der rein persönliche Lebensbereich noch nicht verlassen wurde. Entscheidung des zweiten Senates vom 24. 5. 1960, AZ.: RU 122/59, Nr. 38, S. 165. — Es kam vor, daß Soldaten der Wehrmacht gegen Ende des Krieges, wenn sie nicht kv waren, von der SS übernommen wurden und Wachdienst im Konzentrationslager verrichten mußten. Dieser Übergang erfolgte nicht freiwillig. Wenn diesen Soldaten bei diesem Dienst etwas zugestoßen ist, haben die Angehörigen Anspruch auf Versorgung nach dem BVG. Urteil des 11. Senates vom 25. 5. 1960, Az.: 11/8 RV 301/57, Nr. 40, S. 172. — Wurde ein Soldat im Kriege zum Tode verurteilt und hingerichtet (hier wegen Zersetzung der Wehrkraft) und hat späterhin ein Gericht rechtsgültig festgestellt, daß es sich hier um ein offensichtliches Unrecht gehandelt habe, so können die Angehörigen dieses Soldaten Ansprüche nach den Bestimmungen des BVG stellen. Urteil des 11. Senates vom 23. 6. 1960, AZ.: 11 RV 28/60 Nr. 51, S. 216. — Es war früher selten, wenn ein Sozialgericht beim Kraftfahrer Fahruntüchtigkeit im Sinne der Lösung vom Betriebe feststellte, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,5‰ lag. Dies ist jetzt möglich; es heißt in der Entscheidung: Die auf Alkoholgeuß zurückführende Fahruntüchtigkeit eines Kraftfahrers schließt den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung aus, wenn sie die unternehmenbedingten Umstände derart in den Hintergrund drängt, daß sie als die rechtlich allein wesentliche Ursache des Unfalls anzusehen ist. Dies ist in der Regel der Fall, wenn nach der Erfahrung des täglichen Lebens ein nicht unter Alkoholeinfluß stehender Kraftfahrer bei gleicher Sachlage wahrscheinlich nicht verunglückt wäre; der Senat weicht insoweit von der Entscheidung BSG 3, S. 116 ab (1,5‰-Grenze). Der gleiche Senat hat festgestellt, daß ein Kraftfahrer schon bei einem Blutalkoholgehalt von 1,3‰ absolut fahruntüchtig ist, d. h. unabhängig von sonstigen Beweisanzeichen. Urteil des zweiten Senates vom 30. 6. 1960, AZ.: 2 RU 86/56, Nr. 57, S. 242. — Der medizinische Zusammenhang der in dem nunmehr zu besprechenden Urteil geschildert wird, ist unklar: Eine Treuhandgesellschaft sandte einen Arbeitnehmer aus, um Prüftätigkeit vorzunehmen. Die Reisekosten sollten gering gehalten werden, er aß daher in einer Kantine. Nach einiger Zeit erkrankten 30 von den 70 Essensteilnehmern an Durchfall, Kopfschmerzen und Benommenheitszuständen, darunter auch der Vertreter der Treuhandgesellschaft. Nachdem sich der Zustand etwas gebessert hatte, arbeitete der Betreffende wieder. In der Folgezeit, und zwar nach 10 Tagen, erkrankte er unter Appetitlosigkeit, Druck

im Kopf, Übelkeit und Durchfall und kam in ein Krankenhaus. Der Zustand wechselte, der Tod trat 12 Tage später unter den Erscheinungen einer Lungenembolie auf. Im Sektionsbericht wird als Todesursache eine Hirnhautentzündung festgestellt. Sie soll anlagebedingt gewesen, aber auch durch eine festgestellte Arteriosklerose verursacht worden sein (wohl fraglich, Ref.). Die Gutachter nehmen an, daß die Lebensmittelvergiftung den Zustand richtunggebend verschlimmert hätte und daß es so zu der Entstehung der tödlichen Hirnhautentzündung gekommen sei. Ein weiterer Gutachter, und zwar ein Chirurg und Röntgenologe hat späterhin mitgeteilt, daß nach seiner Ansicht der Betreffende noch länger als ein Jahr gelebt hätte, wenn die Lebensmittelvergiftung nicht hinzugekommen wäre. — Die weiteren Ausführungen beschäftigen sich mit der Frage, ob die Lebensmittelvergiftung als Betriebsunfall angesehen werden könne; im allgemeinen liegen die Verhältnisse so, daß die persönliche Versorgung auf einer Dienstreise Angelegenheit des Reisenden ist; wenn dabei Schädigungen auftreten, so handelt es sich nicht um einen Unfall. Im vorliegenden Falle könnte ein gewisser Zusammenhang mit dem Betrieb daraus hergeleitet werden, daß der Vertreter gehalten war, die Kosten gering zu halten. Die Verhältnisse sind nach Meinung des BSG nicht genügend geklärt, die Sache wurde daher zu weiteren Ermittlungen an die Vorinstanz zurückverwiesen. Urteil des zweiten Senates vom 30. 6. 1960, AZ.: 2 RU 132/59, Nr. 58, S. 247.

B. MUELLER (Heidelberg)

P. V. Lundt und F. A. Kuske: Möglichkeiten und Problematik von Vorsorgeuntersuchungen, insbesondere im Hinblick auf das Jugendarbeitsschutzgesetz. Bundesgesundheitsblatt 4, 36—39 (1961).

I. Köhegyi, L. Kun und E. MÉRÖ: Die Beziehungen zwischen der Betriebsmorbidity und den Arbeitsverhältnissen. [Hyg. Inst., Med. Univ., Pécs, Ungarn.] Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg. 18, 258—285 (1960).

K. Link: Isthmusstenose (Coarctatio) der Aorta und Unfall. [Prosekt. d. Nerv.-Krankenh. u. ärztl. Abt., Staatl. u. Gemeindl. Unfallvers. d. Landes Bayern, Haar bei München.] Mschr. Unfallheilk. 63, 455—463 (1960).

Nach allgemeinen Bemerkungen über Gefäß-Mißbildungen berichtet Verf. über einen einschlägigen Fall, bei dem, wie nicht selten, die Mißbildung an der Aorta erst im späteren Alter und gelegentlich eines Unfalles manifest wurde. 50jähriger Mann, trotz gewisser Schwächlichkeit immer leistungsfähig gewesen. Im Alter von 40 Jahren schwere Lungen-Rippenfellentzündung. Seither mannigfache Störungen: Beklemmungen in der Herzgegend mit schmerzhafter Ausstrahlung in den linken Arm, Herzklopfen und Atemnot. Neigung zu Ohnmachtsanwandlungen. Im Alter von 41, 42, 44, 46 und 47 Jahren „Unfälle“ mit Hinstürzen und „Gehirnerschütterung“, ohne sichtbare Ursache. Später verstärkte Beschwerden, Kopfschmerzen, Gereiztheit, Schwindelgefühl, Schlaflosigkeit, Stimmungsschwankungen meist depressiver Art mit Suicidgedanken, Gedächtnisschwäche, Ermüdbarkeit, Schweißneigung, Haus- und fachärztliche Behandlung. Am Herzen immer derselbe Befund: Größe „noch“ in gehörigen Grenzen, leise Töne, Aktion um 80, nicht sicht- und nicht tastbarer Spitzenstoß. EKG ohne faßbare Abweichungen. Röntgenbefund: Aortenbogen prolongiert und präsklerotisch. Blutdruck — von früher her nicht bekannt — immer von 115/65 bzw. 115/110/60. Ärztlicherseits verschiedenste Diagnosen. Einige Zeit nachher neuerlicher „Unfall“: Ohne ersichtlichen Grund vom Fahrrad gestürzt. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus verwirrt, motorisch unruhig. Auf lauten Anruf verwaschene, unklare Antworten. Am Hinterkopf erhebliche, nicht durchgehende Riß-Quetschwunde. Mittelweite, nicht ungleiche Pupillen, träge Reaktionen auf Leicht-Einfall. Kein Nystagmus. Drei Stunden später zunehmende Bewußtlosigkeit, Puls 50. Unregelmäßige Atmung. Sieben Stunden nach dem Sturz vom Rad Exitus. Anatomischer Befund: Hämorrhagischer Infarkt der rechten Inselgegend, frische Blutungen im Hirnstamm. Allgemeine mehr rechtsseitige Hirnanschwellung. „Spaltbruch“ der rechten hinteren Schädelgrube. Rippenbrüche. Subchronisch insuffizientes, im Bereich der hypertrophischen linken Kammer akut kugelig dilatiertes Herz. Isthmusstenose der Aorta (Coarctatio). Zirkuläre Einengung des distalen Aortenbogens. Im aufsteigenden Teil enge, distal der Stenose erweiterte Aorta. Fehlende A. communis. Unmittelbarer Ursprung der rechten A. subclavia und der rechten A. communis aus dem Aortenbogen. Ungleichheit der Ursprünge, der Lichtungen und der Wände der großen Aortenbogenstämmen. Schlankheit der wanddünnen, in ihrem Abgang schlitzförmig engen rechten A. carotis communis. — Zum Schluß

Hinweis auf das wechselnde klinische Bild der Aorten-Isthmus-Stenose. Verf. betont anlässlich dieses Falles von Carotis-Insuffizienz-Syndrom das unfallmedizinische Interesse.

K. WALCHER (München)

Howard B. Sprague: Legal aspects of coronary disease. (Versicherungsrechtliche Beurteilungen der Coronarerkrankung.) *Circulation* 22, 627—634 (1960).

Verf. setzt sich in seinem Vortrage mit der rechtlichen und der davon häufig abweichenden medizinischen Beurteilung der Frage der Kausalität zwischen Auslösung bzw. Verschlimmerung einer körperlichen Erkrankung durch berufliche Arbeit im allgemeinen oder körperlicher Überanstrengung während derselben am Beispiel der Coronarerkrankungen auseinander. Die medizinische sowie richterliche Beurteilung zahlreicher Einzelfälle wird geschildert um aufzeigen zu können, daß in den USA einerseits in den einzelnen Staaten infolge unterschiedlicher Gesetzgebung und andererseits auch bei den einzelnen Gutachtern, die sich allzu häufig in ihrer Beurteilung von gerade vorherrschenden medizinischen Forschungsrichtungen beeinflussen lassen, nicht die geringste Übereinstimmung in der Beurteilung derartiger Zusammenhänge besteht. Dieser Zustand hat dazu geführt, daß in der Rechtssprechung, insbesondere in der der Arbeiter-Entschädigung (Workman's Compensation) die Richter infolge voneinander abweichender medizinischer Beurteilungen der Einzelfälle bei ihrer rechtlichen Entscheidung das medizinische Gutachten oft nur wenig berücksichtigen. In den letzten Jahren besteht bei den medizinischen Gutachtern die Tendenz, fast jeden Herzinfarkt oder Coronartod der während irgendeiner beruflichen Arbeit eingetreten ist, auf dem Wege über eine Stresssituation als Unfall bzw. Unfalltod im Sinne der Gesetzgebung der Workman's Compensation zu beurteilen. Bei Todesfällen erfolgen diese Beurteilungen zumeist ohne Obduktion, ohne Kenntnis des pathologisch-anatomischen Befundes.

NAEVE (Hamburg)

O. Wilmes: Folgerungen aus der Beobachtung des Unfallgeschehens für die wissenschaftliche Grundlagenforschung im Arbeitsschutz. *Zbl. Arbeitsmed.* 10, 253—256 (1960).

U. Basso e A. Manzi: Considerazioni medico-legali a proposito dell' ernia del disco intervertebrale. [*Ist. di Med. leg. e Assicuraz., Univ., Bologna.*] *Med. leg. (Genova)* 7, 581—621 (1959).

Antonio Bellieni: Rilievi statistici e considerazioni medico-legali sulle fratture dei metatarsi. [*Ist. di Med. leg. e Assicuraz., Univ., Genova.*] *Med. leg. (Genova)* 7, 622—638 (1959).

U. Basso e A. Manzi: Considerazioni medico-legali sulla lussazione abituale di spalla. [*Ist. di Med. leg. e Assicuraz., Univ., Bologna.*] *Med. leg. (Genova)* 7, 559—579 (1959).

Jack Girond: L'assurance-accidents obligatoire dans la République Fédérale d'Allemagne. *Sem. méd. (Paris)* 37, 89—93 (1961).

A. J. Chaumont et F. Marcoux: Accident du travail mortel chez un soudeur. Fausse électrocution. (Über einen tödlichen Betriebsunfall beim Schweißen, welcher fälschlich als Elektrounfall angesehen wurde.) [*Inst. de Méd. lég. et Méd. Sociale, Fac. de Méd., Strasbourg.*] [*Soc. Méd. lég. et Crimin. de France, 9. V. 1960.*] *Ann. Méd. lég.* 40, 340—344 (1960).

Bericht über einen Todesfall infolge ausgedehnter Verbrennungen bei einem Arbeiter, der sich in einem Heizungskessel befand, während an dem Kessel elektrisch geschweißt wurde. Der Unfall entstand dadurch, daß man in den Kessel — um die Atemluft für den Arbeiter zu verbessern — reinen Sauerstoff einleitete. Als Todesursache wurde zunächst (bei unvollständiger Mitteilung der Umstände und Verschweigung der Sauerstoffeinleitung) ein Tod durch elektrischen Strom angenommen. Erst auf den Hinweis, daß nach dem Obduktionsbefunde eine stichflammenartige Hitzeeinwirkung und die Einatmung heißer Gase angenommen werden müsse, entschlossen sich die Arbeitskollegen, von der (verbotenen) Einleitung von Sauerstoff in den Kessel zu berichten.

SCHRÖDER (Hamburg)

J. A. Laberke: Zur Psychologie des Unfalls. [Inn. Abt. d. Städt. Krankenanst., Eßlingen a. N.] Zbl. Arbeitsmed. 10, 213—216 (1960).

Neben technischen Störungen, Störungen des körperlichen Wohlbefindens, Beeinträchtigung des vegetativen Nervensystems durch Lärm, Überarbeitung werden als Unfallursachen entscheidend psychologische Fehlleistungen angeführt. Dazu gehören Affektlabilität, Unfälle an Montagen und nach Feiertagen, aktuelle Konfliktsituationen, fehlendes Durchhaltevermögen. — Daraus leiten sich folgende Maßnahmen des Unfallschutzes ab: Arbeitsplatzgestaltung, ärztliche und psychotechnische Eignungsuntersuchungen, um den richtigen Mann an den richtigen Platz zu stellen, Einführung von Neulingen, Arbeitsschulung, besonders auch in Gruppen, Förderung der Persönlichkeitsentfaltung durch Anerkennung, Freizeitgestaltung. Die Amerikaner haben bereits den Weg gewiesen mit ihren Rehabilitationszentren. GÖGLER (Heidelberg)^{oo}

R. Asanger: Anpassung und Gewöhnung als Faktoren wesentlicher Änderung im Unfallversicherungs- und Versorgungsrecht. Mschr. Unfallheilk. 63, 441—448 (1960).

Verf., der Jurist ist, hat aus dem Schrifttum und aus den obergerichtlichen Entscheidungen alles Einschlägige zusammengetragen. Anpassung und Gewöhnung dürfe nur insoweit berücksichtigt werden, als es sich um eine Änderung in den Unfallfolgen selbst handelt, nicht in einer Änderung des Gesundheitszustandes. Eine Rentenherabsetzung wegen Anpassung und Gewöhnung ist z. B. nicht zulässig, wenn die durch einen Unfall beeinträchtigte Sehfähigkeit eines Auges sich nachträglich wieder bessert. Die Beweislast für das Vorliegen von Anpassung und Gewöhnung liegt dem Versicherungsträger ob. Verf. geht auch auf die gleichen Fragestellungen im Versorgungsrecht ein, ebenso auf das österreichische und das schweizerische Recht.

B. MUELLER (Heidelberg)

Fritz Albert Kuske: Zur Bedeutung der Hepatitis infectiosa im Rahmen der entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten. Bundesgesundheitsblatt 3, 392—394 (1960).

Tabellarische Übersicht über Häufigkeit, Gesamtmorbidität, Infektionsumstände, anerkannte und nicht anerkannte Berufsinfektionen, Alter der Erkrankten, jahreszeitliche Ansteckung, Krankheitsdauer und Minderung der Erwerbsfähigkeit bei Hepatitis infectiosa von Ärzten und Heilhilfspersonal. Auf Grund gehäuften Auftretens in einzelnen Krankenhäusern mahnt Verf. zu besserer Hygiene. DUCHO (Münster)

Günther Bühlmeier: Zur Problematik der versicherungsmedizinischen Beurteilung der Hepatitis infectiosa als Berufskrankheit. Bundesgesundheitsblatt 3, 394—398 (1960).

Verf. nimmt Bezug auf die einschlägige Rechtsprechung und medizinische Literatur, besonders auf KALK und wendet sich unter Hinweis auf die Schwierigkeiten der Diagnostik und des Nachweises der beruflichen Infektionsquelle gegen eine zu strenge Begutachtung. In der von KALK und anderen festgestellten 20mal größeren Infektionshäufigkeit medizinischen Personals liegt nach Ansicht des Verf. eine versicherungsrechtlich ausreichende Wahrscheinlichkeit zur Anerkennung der Zusammenhangsfrage. DUCHO (Münster)

H. Minden: Beruflich bedingte Erkrankungen des ZNS. [Klin. u. Poliklin. f. Berufskrankh., Akad. f. Sozialhyg., Arbeitshyg. u. ärztl. Fortbild., Berlin-Lichtenberg.] Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) 12, 460—466 (1960).

Verf. gibt an Hand eigener Erfahrungen eine Übersicht über beruflich bedingte Vergiftungen mit vorwiegender Auswirkung auf das ZNS. Nach Hinweis auf die Schwierigkeit der Abgrenzung psycho-organischer Syndrome von neurotischen Verhaltensweisen und vegetativen Dystonien beim Fehlen objektiver Befunde, werden die Bleivergiftung, Manganvergiftung und CO-Vergiftung sowie Vergiftungen mit Schwefelkohlenstoff, Methanol, Formaldehyd und Ammoniak behandelt. Bei der Bleivergiftung, die nach wie vor eine der häufigsten Berufsvergiftungen darstellt, fällt im Vergleich zur älteren Literatur auf, daß die Bleiencephalopathie selten geworden ist (von 120 Bleikranken der letzten 5 Jahre nur 4 Fälle) und die als typisch immer wieder beschriebene Radialisparese nur in einem einzigen Fall beobachtet werden konnte. Bei chronischer Kadmiumvergiftung beobachtete der Verf. Hirnnervenschäden, insbesondere irreversible Verlust des Geruchsvermögens auch für stechend riechende Reizstoffe. Die seltene chronische Manganvergiftung fällt insbesondere durch schlaffe hypomimische Gesichtsmuskulatur und leichten Dauertremor der Gesichtsmuskulatur auf. Die Entwicklung der Vergiftungs-

schäden bis zum Maximum erfolgt auch nach Aufhören der Exposition weiter. Die nicht allgemein anerkannte chronische CO-Vergiftung imponiert häufig als vegetative Dystonie. Zur Diagnose müssen audiometrische Untersuchungen herangezogen werden. Von Lösemitteln haben insbesondere Schwefelkohlenstoff und Methanol berufstoxikologische Bedeutung.

REIMANN (Berlin)

Giovanna Grosser: Considerazioni medico-legali sulla tutela assicurativa delle malattie professionali nell'agricoltura. (Gerichtsmedizinische Erwägungen über den Versicherungsschutz gegen Berufskrankheiten in der Landwirtschaft.) [Ist. di Med. Legale e d. Assicuraz., Univ., Padova.] [Conveg. su "Mal. Prof. da Parassitoidi", Bressanone, 30.—31. VIII. 1958.] Riv. Inf. Mal. prof. 1960, 93—117.

Nach dem Inhalt der beigegebenen Zusammenfassung in deutscher Sprache hat man in Italien erst im März 1958 den Versicherungsschutz gegen Berufskrankheiten auf die Landwirtschaft ausgedehnt, und zwar in Gestalt eines wandelbaren Bevollmächtigungsgesetzes. Als Berufskrankheiten gelten auch parasitäre Infektionen und Krankheiten, die durch antiparasitäre Mittel hervorgerufen werden. Ausführliches Literaturverzeichnis. B. MUELLER (Heidelberg)

J. König: Über die Asbestose. [Path. Inst., Allgem. Krankenh. St. Georg, Hamburg.] Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg. 18, 159—204 (1960).

Kurzer Überblick über Literatur, Mineralogie und gewerbehygienische Fragen. Um die inhaleden Staubteilchen, deren Dicke 0,05—3 μ und deren Länge 85—200 μ beträgt, bildet sich eine sog. Gelhülle durch Adsorption von Kohlenhydraten, denen Proteine folgen. Hierbei werden Magnesium- und Eisenionen aus den Siliciumoxydketten herausgelöst. Die Asbestosekörperchen halten sich jahrzehntelang in der Lunge. — Verf. untersuchte 36 Fälle. Bei der Sektion waren die Lungen diffus verdichtet, zäh, unelastisch. Rotbräunliche Schnittfläche mit grauer Zeichnung und rauher Beschaffenheit. Veränderungen nehmen caudalwärts zu. Bronchitis und Bronchiektasen sind häufig. Hiluslymphknoten vergrößert. — Histologisch vier Strukturmerkmale: 1. Asbestkörperchenhaufen in Bronchiolen und Alveolen; 2. peribronchiale Verschmelzungen; 3. diffuse oder herdförmige Dystelektasen und Fibrose des Alveolargerüsts; 4. herdförmiges Emphysem und Bronchiektasen. — Die Asbestkörperchen liegen in den Alveolen und Ductus alveolares, die sie vollkommen ausstopfen. Zwischen sie sind Makrophagen und Riesenzellen eingelagert oder Granulationsgewebe mit Gitterfasern. Bronchiolen und Alveolargänge oft verschlossen. In fortgeschrittenen Fällen starke Sklerose der Alveolarsepten und Kollapsinduration. Die Verdörungen betreffen vor allem die subpleuralen und peribronchialen Gebiete. In den Bronchien oft Epithelhyperplasien und -atypien. Die gefundenen Krebse entsprechen klein- und großzelligen, einförmigen und polymorphen Carcinomen. Eine gegenseitige Abhängigkeit von Asbestose und Lungentuberkulose besteht nicht. In den regionalen Lymphknoten Staubteilchen, Riesenzellen, kleine Schwielen und Asbestkörperchen. Letztere auch in den Schleimhäuten der Nebenhöhlen sowie in den Tonsillen. — Unter 13 männlichen Asbestkranken fanden sich 6 Lungencarcinome (= 46,2%), während im übrigen bereinigten Sektionsmaterial nur 7,8% nachweisbar waren. Es ergibt sich eindeutig eine erhöhte Krebsbelastung, die auch in der Verschiebung des Sterbealters in Richtung der jüngeren Jahrgänge zum Ausdruck kommt. Zum Krebs der Asbestlunge ist auch das Pleuraendotheliom zu zählen. Die Krebsgefährdung ist unabhängig von der Expositionszeit und Schwere der Asbestose. Auch die Rate der extrapulmonalen Carcinome ist deutlich erhöht unter Bevorzugung der Magen- und Peritonealcarcinome. — Die in Deutschland vertretene Auffassung, die Asbestose als diffuse Fibrose sei Folge einer diffusen Staubeinwirkung auf das atmende Parenchym wird abgelehnt. Der Staub wird überwiegend im Bronchiolus respiratorius abgefangen und führt dort zur peribronchialen Fibrose. Die starre Fixierung des elastischen Parenchyms am indurierten Bronchiolus leitet sekundär Vorgänge wie Belüftungsstörungen, Kollapsinduration usw. ein, die zur diffusen Fibrose führen. Die Diskrepanz zwischen schwerem klinischem und negativem Röntgenbild beruht auf funktionellen Störungen in der bronchiolären Phase. — Die unmittelbare cancerogene Wirkung des Asbestes wird abgelehnt. Die Krebshäufigkeit bei der Asbestose beruht auf zahlreichen Herden mit epithelialen Regenerationen. Bei der klinischen Begutachtung sollte man zwischen morphologischen Veränderungen einer „Asbestlunge“ und der Staubkrankheit „Asbestose“ unterscheiden. Das Röntgenbild kann durchaus bei der Diagnose der letzteren im Stich lassen.

LÜCHTRATH (Koblenz)^{oo}

K. Pollak, H. Güthert und H. Schanzenbach: Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Getreidestaublung. [Pat. Inst., Med. Akad., Erfurt.] Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg. 17, 519—530 (1959).

Weißes Ratten wurden Aufschwemmungen von Getreidestaub in physiologischer Kochsalzlösung (25 mg/0,5—1 cm³) intratracheal appliziert. Der Staub stammte von australischem Weizen; argentinischem Mais, kanadischen Weizen, englischem Weizen und englischer Gerste, so wie er von englischen Dockarbeitern auf Schiffen gesammelt wurde. Von 71 behandelten, in verschiedenen Zeitabständen bis längstens 365 Tage nach der Staubapplikation untersuchten Tieren zeigten 19 Lungenveränderungen, die auf den Getreidestaub zurückzuführen sind und näher beschrieben werden. Im wesentlichen handelt es sich um eitrig Bronchitiden, peribronchiale Pneumonien und — in späteren Stadien — um bronchiektatische Kavernen mit staubbedingten Fremdkörpergranulomen. Eine silikogene Wirkung des Getreidestaubes ließ sich mittels der gewählten Versuchsanordnung nicht nachweisen.

KAHLAU (Frankfurt a. M.)^{oo}

Paul Gross: Chronic interstitial pneumonitis. A histogenetic study. (Chronische interstitielle Pneumonie. Eine histogenetische Studie.) A.M.A. Arch. Path. 69, 706—715 (1960).

Die histologischen Untersuchungen stützen sich teils auf Lungen von Meerschweinchen und Ratten, die Quarzstaub- und Tuberkelbakterieninhalationen unterworfen worden waren, teils auf menschliche Lungen von Fällen von Asbestose, Silikose, Berylliose, progressiver interstitieller Lungenfibrose, Tuberkulose und unklaren interstitiellen Pneumonien. Es wurden von den expandiert fixierten Lungen Paraffinschnitte hergestellt und HE- und van Gieson-gefärbt, photographiert, entfärbt, der Reticulinfaserfärbung nach GORDON u. SWEET unterworfen und erneut in den gleichen Ausschnitten photographiert. Quarzstaubhaltige Schnitte wurden auch verascht und mit konz. HCl behandelt, sodann erneut photographiert (1330 Felder, 3400 Photos). — Die Fibrose, die oft in einer Umwandlung der Alveolargänge in zylinderförmige, auf Querschnitten erweiterte Alveolen vortäuschende Hohlräume endet, kommt durch zwei verschiedene Grundprozesse zustande. Diese können allein oder nebeneinander bei ätiologisch ganz verschiedenen Formen der interstitiellen Entzündung ablaufen und zu Verdickungen der Alveolarwand führen. Es handelt sich einmal um eine expansive Verdickung der Alveolenwände durch Flüssigkeit und Infiltrazellen, dann Faserentwicklung zwischen Capillaren und Alveolarepithel, zum anderen um einen mit Alveolarzellproliferation beginnenden Appositionsprozess auf der Alveolarwand. Die expansive Fibrose führt oft nur zu einer mäßig starken Wandverdickung ohne erheblichere Einengung der Alveolarlichtungen. Dagegen kommt es bei dem Appositionsprozess oft zu einer Einengung oder vollständigen Obliteration der Alveolarräume, wobei sich durch den Befall benachbarter Alveolen größere knötchenförmige oder mehr unregelmäßig gestaltete, u. U. ganze Lappen einnehmende Fibroseherde bilden, die kollagenisiert, schließlich hyalin-schiebig umgewandelt werden können. Die Rolle der Capillaren ist noch ziemlich unklar. Es scheint, daß sich die expansive Fibrose in manchen Fällen asymmetrisch, d. h. nur auf einer Seite des Gefäßes entwickelt, so daß noch eine respiratorische Restfunktion bestehen bleibt, während bei allseitiger Fibrosierung die Capillaren veröden. Eine Proliferation der Alveolarcapillaren wurde in Form von Capillarbüschelein auf verdickten, fibrosierten Alveolarwänden beobachtet.

WOLFGANG HARTUNG (Münster i. Westf.)^{oo}

Luigi De Litala: Norme penali in materia di assicurazione contro gli infortuni industriali e le malattie professionali e contro gli infortuni agricoli. Riv. Infort. Mal. prof. 1960, 640—682.

R. Fimiani e G. Colicchio: Il sistema neuro-vegetativo nella malattia da cassone. [Centro Studi p. Mal. Prof., Patron. d. INAIL, Ist. di Med. d. Lav., Univ., Napoli.] Folia med. (Napoli) 43, 661—674 (1960).

N. Mongelli-Sciannameo: La Basilicata e la diffusione della infestione anchilostomiasica tra i lavoratori agricoli. [Ist. di Clin. Med. Gen. e Ter. Med., Univ., Ferrara.] Folia med. (Napoli) 43, 637—660 (1960).

J. Eich: Arbeitssicherheit beim Umgang mit Zweikomponenten-Kunststoffen. [Werksärztl. Abt. d. Ford-Werke A.G., Köln.] Zbl. Arbeitsmed. 10, 205—212 (1960).

Das besondere Interesse unter den Zweikomponentenkunststoffen gilt dabei den Polyurethanen, den Epoxyharzen und den ungesättigten Polyesterharzen. Die Arbeitssicherheit

beim Umgang mit diesen Zweikomponentengemischen erfordert eine Reihe technischer, betrieblicher und persönlicher Vorsichts- und Schutzmaßnahmen, mit denen sich Verf. auseinandersetzt. In den Richtlinien für die Arbeitssicherheit sind vor allem Maßnahmen zur Pflege der Haut und der Augen der arbeitenden Personen enthalten. Besonders gefährdend ist die Verwendung von „Härtern“ auf der Isocyanatbasis.
E. BURGER (Heidelberg)

Herbert Habs: Der Aufgabenbereich des medizinischen Sachverständigen in der Sozialversicherung. [Landesvers.-anst. Rheinland-Pfalz, Speyer.] [X. wiss. Kongr. d. Bundes d. Dtsch. Medizinalbeamten, Garmisch-Partenkirchen, Juni 1960.] Öff. Gesundheits-Dienst 22, 305—316 (1960).

Verf. setzt sich mit der Frage auseinander, ob durch den Ersatz des alten Invaliditätsbegriffs in der Rentenversicherung durch die Begriffe „Berufsunfähigkeit“ und „Erwerbsunfähigkeit“ die Begrenzung des medizinischen Gutachtens auf rein medizinische Fragen in der Praxis eingehalten werden kann. An Beispielen aus der Rentenbegutachtung und der Begutachtung für die Arbeitsverwaltung wird gezeigt, daß die von höchstrichterlicher Seite geforderte Begrenzung des Aufgabenbereichs auf ausschließlich medizinische Fragen durchaus auch nach der Umgestaltung der Beurteilungsgrundlagen möglich und notwendig ist.
PROCH (Bonn)

K. Oppikofer: Eidgenössische Invalidenversicherung und Arzt. [Züricher Eingliederungsstätte f. Behinderte „Appisberg“, Männerdorf.] Praxis 50, 1—7 (1961).

In der Schweiz sind schätzungsweise 17000 körperlich und 15000 geistig Invalide (Wohnbevölkerung etwas über 5 Millionen). Mit der Einführung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung auf 1. Januar 1960 wurde die größte Lücke in der schweizerischen Sozialgesetzgebung geschlossen. Wie die Alters- und Hinterbliebenenversicherung beruht die Invalidenversicherung auf einem Volksobligatorium. Mit Eintritt der Leistungen der AHV hören die Invalidenrenten auf (bei der Frau mit dem 63., beim Mann mit dem 65. Altersjahr). Invalidität ist die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit. Charakterfehler fallen nicht unter die Invalidität. Der Versicherte hat Anspruch auf Rente oder auf Eingliederungsmaßnahmen. Finanziell liegt das Schwergewicht auf der Rente, sinngemäß jedoch auf der Eingliederung. Das Gesetz will Schadenbehebung, nicht Schadenvergütung. Die Eingliederung erfolgt durch medizinische, berufliche oder soziale Maßnahmen. Die Renten sind niedrig; der Anreiz, Rentenbezieher zu werden, ist damit gering. Von den schlechten Erfahrungen des Auslandes versuchte man zu lernen. Bei Anmeldungen hat der Arzt einen Fragebogen auszufüllen. Die Beurteilung durch die Invalidenkommission erfolgt auf Grund der ärztlichen Unterlagen. Ob die Versicherung die vom Gesetzgeber gewünschte Wirkung erreichen kann, wird zum guten Teil von der gewissenhaften und sorgfältigen Mitarbeit der gesamten Ärzteschaft abhängen.
SCHWARZ (Zürich)

H. Penin: Epilepsie und vorzeitige Invalidität. [Psychiat. u. Nervenklin., Univ., Bonn.] Fortschr. Neurol. Psychiat. 28, 448—468 (1960).

Epilepsien sind mit 0,3—0,5% an den Ursachen vorzeitiger Invalidität beteiligt. Das durchschnittliche Invalidisierungsalter ist zwar in den letzten Jahren erheblich gestiegen; es betrug 1959 44,3 Jahre. Epileptiker gehen also 20 Jahre vor Vollendung des 65. Lebensjahres dem Arbeitsmarkt verloren. Die Behandlungsergebnisse sind heute so gut, daß es sinnvoll ist, einen Antrag auf Invaliden- oder Angestelltenrente zunächst mit dem Vorschlag eines Heilverfahrens zu beantworten. Die beste Prognose haben genuine Epilepsien; nur wenige bedürfen einer vorzeitigen Invalidisierung, wenn es gelingt, die kritische Zeit des Rückbildungsalters zu überbrücken. In der Regel wird zu häufig und zu früh invalidisiert.
GERCHOW (Kiel)

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

● **Verfolgung und Angst in ihren leib-seelischen Auswirkungen.** Dokumente. Unter Mitarb. von W. VON BAEYER u. K. P. KISKER, J. CREMERIUS, A. JORES, H. STRAUSS. Hrsg. von HANS MARCH. Stuttgart: Ernst Klett 1960. 273 S. Geb. DM 19.50.

Der Herausgeber dieser Gutachtensammlung betont wohl mit Recht, daß es sich in erster Linie um eine Dokumentation handelt. Hier wird eine geschichtliche Vergangenheit in biographischer Sachlichkeit und Nüchternheit offenbart. Von diesem Aspekt her wenden sich die