

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. Nervenclin., 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

Schilderungen über Verfolgungsschicksale an breiteste Kreise, gewissermaßen als eine lebendige Mahnung zur Verantwortung und Besinnung. Aber auch für den medizinischen Gutachter bietet sich Gelegenheit, sich für die Begutachtung verfolgter Menschen neu zu orientieren. Die reaktiven Wirkungen der Entwurzelung, der Angst und Hoffnungslosigkeit sind in mehreren Gutachten verschiedener Autoren überzeugend herausgearbeitet worden. Teilweise spiegeln die Formulierungen aber auch die Schwierigkeiten bei der Beurteilung politisch Verfolgter wieder. Es wird offen gesagt, daß die soziale Medizin und die Psychiatrie vor einer völlig neuen Situation stehen. Daraus wird verständlich, daß es nicht allen Gutachtern gleichmäßig gut gelingt, die Grenzen des „klassischen Ursachenbegriffes“ der Psychiatrie zu sprengen und gleichzeitig eine entschädigungsrechtlich verwertbare „kausale“ Erklärung für krankheitswertige psychoreaktive Störungen zu geben. Man könnte sicherlich einzelne Zusammenhänge zwischen Erlebnis-einwirkungen und psychoreaktiven Störungen wissenschaftlich überzeugender begründen, ohne mit dem „klassischen Ursachenbegriff“ in einen unüberwindbaren Konflikt zu kommen. In anderen Fällen sind unseres Erachtens nach zu weitgehende Schlüsse gezogen worden (Anerkennung eines schizophrener Zustandsbildes). Es handelt sich mehr um soziale, nur dem Richter zustehende — und in diesem Bereich auch richtige — als um ärztlich-wissenschaftliche Entscheidungen, die nicht immer die rechtlichen Voraussetzungen des Entschädigungsgesetzes beachten.

GERCHOW (Kiel)

● **Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis.** Hrsg. von H. W. GRUHLE, R. JUNG, W. MAYER-GROSS, M. MÜLLER. Bd. 2: Klinische Psychiatrie bearb. von CL. E. BENDA, H. BINDER, K. CONRAD u. a. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960. VIII, 1229 S. u. 146 Abb. Geb. DM 120.—; Subskriptionspreis DM 96.—. Clemens E. Benda: Die Oligophrenien (geistige Entwicklungsstörungen und Schwachsinnszustände). S. 869—936.

Der in Amerika lebende Autor bespricht in seinem ausgezeichneten Artikel zunächst die geistigen Entwicklungsstörungen. Der Schwachsinn wird „vom Rechtsstandpunkt her“ definiert als eine Unfähigkeit, „sich selbst und seine Angelegenheiten zu besorgen“. Die „geistige Entwicklungsstörung“ wird in verschiedene Schweregrade eingeteilt. Ätiologisch wird nicht der Hauptwert, wie bisher, auf die Höhe des Intelligenzquotienten gelegt, sondern eine psychometrische Rangordnung versucht. Soziologische Momente werden als besonders wichtig für die geistige Retardierung angesehen. Das Schicksal eines geistig Schwachen hängt weitgehend von der Familie ab, in die er hineingeboren wird. Viele Kinder haben Initialhindernisse zu überwinden, die durch ungünstige Herkunft oder Umgebung bedingt sind. Es werden drei verschiedene Kategorien der mildereren Form der Minderbegabung und neuropathologische Aspekte der Oligophrenien aufgezeigt. Es ist nicht möglich, eine eindeutige Korrelation zwischen den verschiedenen Graden der Intelligenz und der Struktur des Gehirns aufzustellen. An zahlreichen Beispielen der schweren Formen der Oligophrenien (Entwicklungsstörungen, Mißgeburten, Hydrocephalien, Dysostosen) sowie an instruktiven Beispielen (tuberöse Sklerose, Xerodermie) werden konnatale Ektodermosen und die mongoloide Wachstumsstörung aufgezeigt. Der Mongolismus wird hinsichtlich Ätiologie, Klinik und Behandlung eingehend beschrieben. Die Schilderung der Entstehung von Schwachsinnszuständen durch paranatale Störungen und durch Stoffwechselstörungen sowie infolge degenerativer Krankheiten vervollständigt den Abschnitt. Der Autor weiß eine große Fülle exakter klinischer Beobachtungen mit der geschickten Darbietung der kritisch verarbeiteten Literaturhinweise sorgfältig darzustellen.

HALLERMANN (Kiel)

● **Die „Neurose“.** Ihre versorgungs- und sozialmedizinische Beurteilung. (Schriftenr. d. Bundesversorgungsblattes. Hrsg.: Der Bundesmin. f. Arbeit u. Sozialordnung. H. 1.) Stuttgart u. Köln: W. Kohlhammer 1960. 16 S. DM 3.—.

Der aus dem Ärztlichen Sachverständigenbeirat für Fragen der Kriegsopferversorgung beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gebildete Unterausschuß für „Begutachtung der Neurose“ (BODECHTEL, DUBITSCHER, HIRT, PANSE und STÖRRING) hat zu den wesentlichsten versicherungsrechtlich bedeutsamen Fragen der „Neurose“ (Gesundheitsstörung, Krankheit, Versorgung und Behandlung) Stellung genommen. Das Ergebnis ist für die sozialmedizinische Begutachtung richtungweisend, so daß jedem Gutachter empfohlen werden muß, sich mit dem vollständigen Inhalt des Gutachtens vertraut zu machen. Ein fast lückenloser Literaturnachweis und Urteile zur Erläuterung der derzeitigen juristischen Auffassung ergänzen die knappen, übersichtlichen und inhaltsreichen Ausführungen.

GERCHOW (Kiel)

● **Kurt Schneider: Die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit.** Ein Vortrag. 4. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme 1961. 35 S. DM 3.—

Dieser in seinen Grundgedanken bereits 1946 formulierte und 1948 begründete Vortrag hat so weite Verbreitung gefunden, daß sich eine nähere Erörterung erübrigt, zumal die 4. Auflage nichts grundsätzlich Neues bringt. K. SCHNEIDER ist bei seinem unseres Erachtens nach bewährten Konzept geblieben, nämlich bei dem „Entweder-Oder“ bezüglich der Trennung von „seelischen Abnormitäten als Folge von Krankheiten“ und „seelischen Abnormitäten als Spielarten seelischen Wesens“. Er gibt eine exakte Antwort darauf, wenn er auch zugesteht, daß man verschiedener Meinung sein kann. So gesehen kann man in der Tat mit dem § 51 StGB befriedigend arbeiten. Mit gutem Grund wird erneut davor gewarnt, den § 51 Abs. 2 als Kompromiß, als Mittelweg „für alle Fälle“, zu wählen. Gerade an die Anwendung des § 51 Abs. 2 auf abnorme Persönlichkeiten solle man nur sehr zögernd herangehen. — Bei der Unübersichtlichkeit der Meinungen und den Schwierigkeiten, sich über einschlägige Fragen in der Literatur zu orientieren, kann gerade dem jungen Sachverständigen K. SCHNEIDERS Standpunkt empfohlen werden als ein klares Konzept, mit dem man in der Praxis gut zurecht kommen kann, und das eine einigermaßen gleichmäßige Beurteilung gewährleistet. GERCHOW (Kiel)

● **Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie.** Hrsg. von VIKTOR E. FRANKL, VICTOR E. Freiherr v. GEBSATTEL u. J. H. SCHULTZ. Lfg. 23. Bd. 5: Grenzgebiete und Grenzfragen. München u. Berlin: Urban & Schwarzenberg 1960. S. 367—625. DM 32.50.

Der von FRIEDRICH STUMPFEL geschriebene Abschnitt über die forensische Beurteilung der Neurose enthält zahlreiche, die Literatur eingehend berücksichtigende Darlegungen mit interessanten Fallanalysen. Für die forensische Psychiatrie bietet der Abschnitt über „neurotisch bedingte Störungen des Denkens“ besonders im Hinblick auf die zu erwartende Strafrechtsreform wichtige Hinweise. STUMPFEL ist der Ansicht, daß sich neurotische Zustände, die „auf einer subjektiv erlebten Bedrohung im Sinne einer existentiellen Frustration“ beruhen, gegenüber paranoiden Entwicklungen und querulatorischen Reaktionen abgrenzen lassen. Er betont ferner, daß am Zustandekommen schwerster Konfliktkriminalität bis zum Mord sehr häufig autosuggestive Faktoren ausschlaggebend beteiligt seien. Nur das Zusammentreffen biologischer und psychologischer Faktoren in bestimmten Situationen, nicht aber eine schwere Neurose allein führt zur Kriminalität. Die geistreich geschriebene Abhandlung ist äußerst lesenswert. — RICHARD LANGE, Köln, gibt vom kriminologischen Standpunkt sehr kritische Darbietungen und berührt auch die schwierigen Fragen des ärztlichen und psychologischen Sachverständigen. Er beklagt die fehlende Koordination der kriminologischen Wissenschaft und schildert Ansätze zur Überwindung überholter Rechtsauffassungen. — LANGE behandelt auch den neuen deutschen Strafgesetzentwurf und zeigt hier die für den Juristen gegebenen Schwierigkeiten, z. B. für den Begriff der Neurose, auf. „Die Bekämpfung des Verbrechens ist eine zu ernsthafte Sache, um sie zum Abladeplatz rechtspolitischer oder gesellschaftskritischer Ressentiments zu machen“. — Das pädagogische Grenzgebiet wird von KARL DIENELT behandelt. Er schildert die Eigenesetzlichkeit der Pädagogik, gibt deren Grundlage mit dem anthropologischen Aspekt, behandelt die Verantwortlichkeit, das Gewissen und die Erziehung als Charakterbildung. Die Erziehung zur Verantwortung kann einsetzen, ehe man jede Erziehungsmaßnahmen erklärt und rational rechtfertigt. In dem Abschnitt „Erziehung und Neurose“ werden die Erziehungsfehler behandelt. — Der Beitrag von HANS-ÉDUARD HENGSTENBERG zur Ontologie der Person als zentrales Thema der Anthropologie definiert den Menschen als Person, die „je-einmalig“ in Geist und Leben konstituiert ist. — Das Problem der Willensfreiheit wird von WILHELM KELLER in einem sehr klaren, gut gegliederten und übersichtlichen Abschnitt in einer gerade für den Arzt sehr eingängigen Weise souverän dargestellt. — CHARLOTTE BÜHLER, Los Angeles, berichtet aus ihrer großen Erfahrung in einem bemerkenswerten Artikel über „die Werte in der Psychotherapie“. Sie gibt zunächst historische Betrachtungen, befaßt sich dann mit Definitionen des Wertbegriffes und behandelt normale Wertprobleme und Wertkonflikte. Sie untersucht den Zusammenhang von Wertproblemen mit den Problemen des Lebensziels und des Lebenssinns. Die Lebensgrundtendenzen werden als Bedürfnisbefriedigung, selbstbeschränkende Anpassung, schöpferische Expansion und Aufrechterhaltung der inneren Ordnung unterschieden. — HENZ HÄFNER, Heidelberg, beschließt die 23. Lieferung „Außermedizinische Grenzgebiete“ mit dem Abschnitt „Das Wertproblem in der Neurosenlehre“. Es werden die Ansätze zu einer speziellen Neurosenlehre auf werttheoretischer Grundlage aufgezeigt und Ergebnisse einer allgemeinen

Untersuchung des neurotischen Daseins unter werttheoretischem Aspekt behandelt. Alle zusammenfassenden Referate sind für den forensischen Mediziner sehr lesenswert.

HALLERMANN (Kiel)

W. Lindesay Neustatter: **Psychiatric aspects of diminished responsibility in murder.** [Royal Northern Hosp., London, and St. Ebba's Hosp., Epsom.] *Med.-leg. J. (Camb.)* 28, 92—101 (1960).

Giorgio Sacerdoti e Leopoldo Rigo: **Studio della personalità di un minorenne omicida con deduzioni sull'imputabilità.** (Studie über die Persönlichkeit eines minderjährigen Mörders mit Darlegungen zur Zurechnungsfähigkeit.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Padova.] *Med. leg. (Genova)* 8, 51—85 (1960).

Ausführliche Darstellung des Falles eines 16jährigen Mörders unter Zugrundelegung seiner Untersuchung in einer Beobachtungsstelle für Jugendliche; die Begutachtung erfolgte nach Maßgabe besonderer gesetzlicher Bestimmungen von 1938 und 1956. Der nach dem frühen Tode der Mutter bei einer Tante aufgewachsene Jugendliche wollte in einem Zustand erheblicher geschlechtlicher Erregung eine Lehrerin notzüchtigen; er war ihr zu diesem Zweck nach dem Abendgottesdienst in ihr Haus gefolgt. Als die Lehrerin sich dem Notzuchtversuch widersetzte und um Hilfe rief, kam es zu einem Handgemenge, in dessen Verlauf der Täter ein Messer zog, mit dem er der Lehrerin eine Reihe von Stichen versetzte, die ihren Tod herbeiführten. Anamnese und körperliche Untersuchung ergaben keine wesentlichen Auffälligkeiten. Der Täter trug den Gedanken, der 40jährigen, nicht besonders hübschen Lehrerin Gewalt anzutun, bereits einige Zeit in sich. Umgang mit Mädchen hatte er angesichts der strengen Sitten auf dem flachen Lande Italiens bis dahin nicht gehabt. Bei der psychischen Untersuchung wurden eine ganze Reihe von Tests angewendet [Wechsler-Bellevue, Rorschach, Behn-Rorschach, Baumtest (Koch), Machover, T. A. T., Wartegg und Duss]; der Proband zeigte eine mittlere Intelligenz. Über die Test-Ergebnisse wird ausführlich berichtet. Ebenso wird die psychologisch-psychiatrische Untersuchung in allen Einzelheiten dargestellt. Der Täter wird als Schizothym beurteilt; seine Zurechnungsfähigkeit wird hinsichtlich des Notzuchtversuchs bejaht, nicht jedoch bezüglich des anschließend begangenen Mordes. Die Frage der künftigen sozialen Gefährlichkeit lassen Verf. offen; sie halten hierzu eine in angemessenen Abständen zu wiederholende Untersuchung für notwendig. Verf. schließen einige Betrachtungen über die Kriminologie der Jugendlichen an.

KONRAD HÄNDEL (Karlsruhe)

K. P. Kisker: **Zum Stellenwert konfabulatorischer Syndrome innerhalb akuter posttraumatischer Psychosen.** [Psychiat. u. Neurol. Klin., Univ., Heidelberg.] *Nervenarzt* 31, 481—489 (1960).

Die zunehmende Überlebens-Chance der Hirnverletzten eröffnet Beobachtungsmöglichkeiten langfristiger und schwerer Verläufe. Anzahl und Behandlungsdauer der „Kontusionspsychosen“ steigen im Krankengut einer psychiatrischen Schwerkrankenabteilung stetig an. Das Alltagsbild wird hier häufig von diesen mürrisch widerstrebenden, ständig laut ablehnenden und einsichtslosen Kranken beherrscht. Die vielfach beobachtete Allgemeinfärbung posttraumatischer Bilder ist, entsprechend den Anschauungen von SCHRÖDER und KURT SCHNEIDER psychopathologisch unspezifisch. Die Kalberlahsche Psychose gelte mit Recht als Modell akuter körperlich bedingter Psychosen schlechthin. Eine gewisse Einschränkung erfuhr die strenge Zuordnung der Bewußtseinstrübung zur akuten Phase organisch bedingter Psychosen durch den Hinweis von WIECK auf Durchgangs-Synndrome, die ohne augenfällige Bewußtseinsveränderungen einhergehen und trotzdem reversibel, d. h. der akuten Psychose zuzurechnen sind. — Die Frage nach dem Stellenwert der Syndrome bei posttraumatischen Psychosen zielt auf eine Einsicht in die psycho-(pathologische) Notwendigkeit und relative Sinnlosigkeit dieser zunächst abstrus und unökonomisch scheinenden Erlebnisse. Kann man solche Konfabulosen erklären aus der biopsychischen Verlaufsdynamik der Kontusionspsychose, welche nach der anfänglichen Bewußtlosigkeit und der wechselvollen Ausgestaltung der Bewußtseinstrübung notwendig hindrängt auf personale Re-Orientierung, auf Wiedereröffnung von Weltbezügen und Sicherung der Kranken, die auch im Abbau einen personalen Mikrokosmos darstellen? Unter dieser hypothetischen Sicht könnte sich die Konfabulose als ausgezeichnete psychopathologische Restitutionsweise innerhalb der übergreifenden Gestalt der Kontusionspsychose darstellen. Von 120 Kranken mit Kontusionspsychosen (1945—1959) zeigten sich 95 Fälle als genügend somatisch und psychopathologisch klinisch erfaßt. Dabei überwogen gedeckte Hirnverletzungen, die nach Abklängen der Bewußtlosigkeit wegen des Globalsymptoms aus chirurgischen Unfallkrankenhäusern in

die Klinik verlegt wurden. Mehrere Krankengeschichten sind in der Arbeit eingehend geschildert. Die Reihenfolge dieser Krankheitsgeschichten zeigt, daß mit abnehmender Bewußtseinstrübung und geringer ausgeprägtem amnestischen Syndrom der Kompositionsgrad der Konfabulose ansteigt. Zugleich erkennt Verf. eine Gewichtsverlagerung von passiv-rezeptiven Größengedanken zu aktiv-expansiven Teilhabeformen. Im Gegensatz zu den von v. BAYER veröffentlichten Fleckfieberkonfabulosen erreichte keiner der verwerteten Krankheitsfälle die Reichhaltigkeit und Geschlossenheit der v. Bayerschen Fälle. In der Regel herrschte bei den Fällen des Verf. eine größere Entordnung der Erlebniszusammenhänge, ein ausgeprägter Konkretismus, eine stärkere Verzerrung des konfabulatorischen Erlebnisstiles. Die Kasuistik der aufgeführten Fälle läßt eine Sonderstellung der reversiblen konfabulatorischen Bilder bei akuten körperlich bedingten Psychosen im Verhältnis zu den übrigen Formen chronischen Konfabulierens erkennen. — Eine Häufung abnormer Persönlichkeiten oder prätraumatischer Konfliktsituationen war bei den geschilderten Fällen nicht erkennbar. Eine „Bereitschaft“ oder „Anlage“ zum Konfabulieren war nach Ansicht des Verf. nicht nachzuweisen. — Ständen die Vorphasen der motorischen Unruhe, des Delirs usw. innerhalb fluktuierender ängstlich-gezierter Gefühlslagen, so setzte sich in der Rekonvaleszenzphase mit ansteigender vitaler Aktivität eine positive, gehobene leibseelische Befindlichkeit durch. Der biologischen Restitution entspricht eine Tendenz zur Rückordnung des seelischen Feldes: Selbsterleben, kommunikative Strebungen und Welt-Orientierung drängen auf eine Neugestaltung. — Nimmt man z. B. die linksseitige Parieto-Temporalregion als topische Bedingung der Störbarkeit retentiv-reproduktiver Abläufe, so läßt sich aus dort gelegenen Verletzungen eine mögliche Bedingung der Umzentrierung ganzer menschlicher Verfügungsbereiche einsichtig machen. Ähnliche Erwägungen sind denkbar für die gehäuften Frontal-Läsionen der Konfabulotiker, welche nach den Erfahrungen der Stirnhirnpathologie die integrale Entwurfsganzheit der Person wandeln können. Ein übergreifendes Merkmal konfabulotischen Erlebens liegt in seiner Kommunikativ-Funktion. Das inflationistische Gebaren gewährt dem Kranken das unter den gegebenen Bedingungen größtmögliche Maß an sozialer Schätzung. Die Weise, in welcher der Konfabulotiker ein neues Ausgreifen seines Selbst in die Welt versucht und „leistet“, trägt gegenüber der psychopathisch-erlebnisreaktiven, der paranoiden, manischen oder organisch-defekten Expansion ein eigenes Gesicht. Der Konfabulant verharrt im imponierenden „Gehabe“, in der expressiven Geste und unverbindlichen Äußerung, die auf eine Resonanz vom Beeindruckten her, auf Mitteilung keinen Anspruch erhebt. Es bleibt bei der Positur, die Position einer imposanten Haltung wird nie behauptet. Die Grenzen, innerhalb derer sich die Erlebniswelt des Konfabulotikers nach den „Spielregeln“ seelischer Motividynamik, d. h. psychomom entfalten kann, sind sichtlich enger gezogen als beim Wahnkranken, Maniakus oder Pseudologen. — Die Psychopathologie körperlich bedingter Psychosen und also auch diejenige der Konfabulosen kann nicht in rigoros-methodischer „Reinheit“ bei seelischen Abläufen als solchen verharren. Sie ist hier stets Propädeutik einer Zusammenhangsbetrachtung seelischer und somatischer Tatbestände, wie sie auf dem exemplarischen Gebiet der Aphasie am weitesten vorgetrieben wurde. Die posttraumatischen Konfabulationen sind möglicherweise ein ausgezeichnetes Feld für das Studium der Verklammerung seelischer und hirphysiologischer Abläufe, insbesondere für künftige Einsichten in eine funktionale Gleichgestaltigkeit psychischer Neu-Ordnung und neuropathologischer Reparation bzw. Restitution. (Die naheliegende praktische forensisch-psychiatrische Bedeutung der Konfabulosen, die Ref. mehrmals im Gerichtssaal erlebte, wird vom Verf. nicht ausdrücklich behandelt. Ref.).

K. WALCHER (München)

C. Koupernik: Délires à thèmes homosexuels et schizophrénie. (Wahnideen zu homosexuellen Themen und Schizophrenie.) *Évolut. psychiat.* 25, 173—218 (1960).

Verf. berichtet über 15 selbst beobachtete Fälle und gibt einen kurzen Überblick über die diesbezügliche Literatur. Weiter weist er auf das Problem des biologischen Determinismus hinsichtlich des sexuellen Verhaltens hin. Geschlechtschromatin und Gonadengeschlecht haben keinen absoluten Einfluß darauf. Den Haupteinfluß übt das Zentralnervensystem aus, und zwar im wesentlichen der Hypothalamus, das Rhinencephalon und der Neocortex. Bei den tierischen Lebewesen lassen sich generell zwei Typen unterscheiden, der männliche und der weibliche. Beide Typen können gleichzeitig oder nacheinander in ein und demselben Individuum vorkommen. Die zugrunde liegenden Funktionsmechanismen sind möglicherweise Receptoren zu den Hormonen, ohne daß letzteren eine spezifische Wirkung zukommt. Andererseits werden diese dynamischen Stereotypen stark beeinflußt durch Umstände, die wahrscheinlich ihren Sitz im Neocortex haben. Verf. hebt drei Hauptfaktoren in diesen Wahnbildern hervor: 1. Projektionsmechanismus, 2. Überreste einer kindlichen Fixierung eines Inzesttyps, und 3. Störungen des Körperbildes sowohl morphologischer als auch dynamischer Natur. Die Wahnbilder sind

demnach das Ergebnis einer Integration, mitunter aber auch eines Zerfalls, wodurch die bisher nicht in Erscheinung getretenen Potentiale freigegeben werden. DÜRWARD (Rostock)

G. Schulz: Die „Rentenneurose“. Med. Klin. 55, 2072—2073 (1960).

Verf., Jurist, bringt zunächst eine geschichtliche Darstellung der Entwicklung des Begriffes der „Rentenneurose“. Das frühere Reichsversicherungsamt stimmte in seiner bekannten Entscheidung von 1925/26 mit der medizinischen Auffassung überein. Der BGH vertrat noch mit dem Urteil vom 8. 7. 1953 die Auffassung, Krankheitserscheinungen, die durch einen Unfall nur deshalb ausgelöst seien, weil die Anlage zu der Krankheit beim Verletzten bereits vorhanden war, könnten im Rechtssinn eine Folge des Unfalles sein. Das Urteil wird wörtlich wiedergegeben. — Bei der Frage des ursächlichen Zusammenhanges standen sich medizinische und juristische Auffassung stets entgegen. Der BGH hatte in einem Urteil vom 23. 10. 1953 „eine Begebenheit dann als eine adäquate Bedingung eines Erfolges bezeichnet, wenn sie die objektive Möglichkeit eines Erfolges von der Art des eingetretenen in nicht unerheblicher Weise erhöht hat“. Dieselbe Auffassung vertrat der BGH auch noch in einem Urteil vom 29. 2. 1956 (NJW. 1956, S. 1108). Er hält an dem Grundsatz fest, daß auch die aus seelischer Reaktion herrührenden Beeinträchtigungen zu entschädigen seien, wenn diese in adäquater Weise durch den Unfall verursacht sind. Wenn der BGH auch nicht unter ursächlicher Betrachtung zu einer Einschränkung der Haftung für Neurosensschäden komme, so halte er doch eine Haftungsbeschränkung unter einem anderen Gesichtspunkt für erforderlich. Wenn die Rechtsordnung dem durch eine Körperverletzung Betroffenen einen Schadensausgleich geben wolle, so wolle sie diesem helfen und seine baldige Genesung erleichtern. Dem würde es widersprechen, wenn die Tatsache, daß ein anderer Schadenersatz zu leisten habe, die Wiedereinführung in den sozialen Lebens- und Pflichtenkreis erschweren oder unmöglich machen würde. Wenn die ärztliche Begutachtung zu dem Ergebnis komme, daß das psychische Zustandsbild des Geschädigten, besonders seine Untätigkeit, wesentlich durch das — wenn auch unbewußte — Streben nach einer Lebenssicherung zu erklären sei, wobei der Unfall die Handhabe dazu biete, so lasse sich billigerweise diese Folge dem Schädiger rechtlich nicht mehr zurechnen.“ Aus diesem Grunde muß Ansprüchen von Rechts- und Rentenneurotikern eine Grenze gesetzt werden. . . . — Es können somit auch weiterhin seelisch begründete Schäden als durch ein Schadensereignis verursacht angesehen werden, auch wenn es sich im Einzelfalle um eine labile Persönlichkeit handle. In Übereinstimmung mit der medizinischen Auffassung sehe aber der BGH den Rentenanspruch dann als unbegründet an, wenn gerade die Schadenersatzleistung die Wiedereingliederung in den sozialen Lebens- und Pflichtenkreis unmöglich mache. K. WALCHER (München)

G. Schulz: Weiteres Urteil zur „Rentenneurose“. Med. Klin. 56, 154 (1961).

Der Bundesgerichtshof erkennt die Rentenneurose als Unfallfolge an. Eine gewisse Einschränkung hat jedoch insoweit stattgefunden, als die Anerkennung dann nicht durchgreift, wenn neurotische Beschwerden auch sonst hervorgetreten und durch den Charakter bedingt sind. B. MUELLER (Heidelberg)

StPO § 261 (Lückenhafte Beweiserwägungen. Seelenkundliches Gutachten.) (Die Beweiserwägungen des Tatrichters sind sachlich-rechtlich lückenhafte, wenn er seine Überzeugung, es habe vollendeter Beischlaf stattgefunden (an Hand eines seelenkundlichen Gutachtens), auf die entsprechende Aussage eines Mädchens stützt, ohne zu erörtern, worauf es beruht, daß eine Universitäts-Frauenklinik nach späterer körperlicher Untersuchung desselben Mädchens bescheinigt hat, es habe noch keinen Geschlechtsverkehr gehabt. (Hier: Verkennung der möglichen Bedeutung des Zustandes der Jungfernhaut.) [BGH, Urt. v. 4. III. 1960; 4 StR 31/60, LG Dortmund.] Neue jur. Wschr. A 13, 1397—1398 (1960).

Trotz Vorliegens eines fachärztlichen Gutachtens über unverletztes Hymen bei der Geschädigten wurde der Angeklagte wegen Unzucht mit einem Kind und Blutschande verurteilt. Das Gericht hatte sich dabei auf den Standpunkt gestellt, daß vollendeter Geschlechtsverkehr auch ohne Verletzung des Jungfernhäutchens möglich sei. — Es wurde Revision eingelegt. Die neue Hauptverhandlung soll prüfen, auf welche Weise die fachärztliche Bescheinigung zustande kam. Es soll ein weiteres gynäkologisches Gutachten über den jetzigen Zustand des Hymens eingeholt werden. Ist es noch jetzt unverletzt und nicht von besonderer Dehnbarkeit und Durchgängigkeit, würde das gegen vollendete Blutschande sprechen. KLÖSE (Heidelberg)

H. Bensheim: Die KZ-Neurose rassisch Verfolgter. Ein Beitrag zur Psychopathologie der Neurosen. [Nervenabt., Allg. Arbeiterkrankenkasse, Haifa.] *Nervenarzt* 31, 462 bis 469 (1960).

An eindrucksvollen Beispielen rassisch Verfolgter zeigt Verf., daß die Neurosenlehre keineswegs so gesichert ist, wie man bis vor einiger Zeit noch glaubte. Es gibt eine Grenze der Leidensfähigkeit des Menschen, bei deren Überschreiten ein Zusammenbruch der Persönlichkeit mit bleibenden Veränderungen eintreten kann. Noch heute — 15 Jahre nach Beendigung des Krieges — suchen etwa die Hälfte aller Patienten die Sprechstunde des Verf. in Haifa wegen psychisch-nervöser Störungen auf, die auf Verfolgungserlebnisse rückführbar sind und bei denen eine organische Grundlage fehlt. Alle diese Kranken waren jahrelangen Drangsalierungen im KZ oder Ghetto ausgesetzt. Sie entwickelten aber unterschiedliche Neuroseformen, die sich in zwei große Gruppen einordnen lassen: die „Neurose der Geächteten 1933—1939“, die ihre neurotisierenden Erlebnisse aus der Tatsache der Entrechtung und körperlich-seelischen Mißhandlung beziehen und die „Neurosen der Vernichtung 1939—1945“, die andere psychologische Voraussetzungen haben und bei denen sich vier Stufen im neurotischen Geschehen entsprechend bestimmten Altersgruppen abheben. Kranke, die den damaligen Schrecknissen als Kinder bis zum 12. Lebensjahr ausgesetzt waren, zeigen heute Primitivreaktionen mit vorwiegend motorischen Entäußerungen und eine Verkümmerng der Charakterbildung. Bei den damals Jugendlichen bis zum 17. Lebensjahr äußert sich die Neurose besonders auf vegetativ-hormonalem Gebiet; ihre Charakterentwicklung ist verborgen. Die damals 20—30jährigen zeigen heute depressiv gefärbte chronische Angsthaltungen, bei denen allein man von einer *Veränderung* der Gesamtpersönlichkeit sprechen könne und die gelegentlich durch Überkompensation der Angst asozial werden. Die während der Verfolgungszeit 30—40jährigen bieten heute zumeist chronisch-depressive Fehlhaltungen mit ängstlich-paranoider Färbung, die ohne Hoffnung, leer, gleichgültig, früh gealtert und z. T. in Heimen dahinvegetieren. — Allen Kranken der zweiten Gruppe ist die Angst gemeinsam, die aber viel weniger differenziert ist als zu vermuten wäre, deren verschiedene Formen und Grade jedoch eine besondere Altersabhängigkeit erkennen lassen (Skala der Angst). — Ein wichtiger Beitrag zur Neurosenfrage, der u. a. auch die prinzipielle Behauptung vom fehlenden Krankheitswert neurotischer Fehlhaltungen in ihrer Ausnahmslosigkeit widerlegt. (Ref.).

W. MENDE (Tübingen)^{oo}

P. H. Bresser: Das Problem der sachverständigen Beurteilung straffälliger Heranwachsender. [Univ.-Nervenklin., Köln.] *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 28, 309—332 (1960).

Die Gruppe der straffälligen Heranwachsenden (18—21jährigen) kann gemäß § 105 Jugendgerichtsgesetz vom 4. 8. 1953 nach „Gesamtwürdigung der Persönlichkeit und der Umweltsbedingungen“ sowohl nach den Strafvorschriften für Jugendliche als auch nach denjenigen für Erwachsene beurteilt werden. Außerdem kann die Tat selbst als „Jugendverfehlung“ behandelt werden. Verf. wirft die Frage auf, in welchem Umfang ein Sachverständiger in dieser Fragestellung tätig werden und wie er seine Entscheidung wissenschaftlich einwandfrei begründen kann. Die Auslegung und die Verteidigung dieses problemreichen Paragraphen werden mehr von weltanschaulichen Gesichtspunkten und idealistischen Programmen bestimmt als von exakten empirischen Erfahrungen. Da ausreichend genaue und zuverlässige Kriterien für den psychischen Reifegrad fehlen, fällt die Entscheidung ausschließlich in das freie richterliche Ermessen. Daher kommt es auch zu einer ungewöhnlichen Schwankungsbreite bei der Anwendung in der Praxis: 1955 wurden in Bayern 14,1%, dagegen in Schleswig-Holstein 43% der 18 bis 21jährigen Täter nach den Jugendbestimmungen verurteilt, in den einzelnen Amtsgerichtsbezirken schwankt dieser Prozentsatz sogar zwischen 10 und 90%. Die bisher von medizinischer und juristischer Seite genannten Kriterien für „Unreife“ eines Heranwachsenden (z. B. inäquate Suggestibilität, mangelnde Kontakt- und Bindungsfähigkeit, affektive Labilität, fehlende Integration von Eros und Sexus, Mangel an Pflichtgefühl, Neigung zu neurotischen Fehlhaltungen, Unausgeglichenheit u. a. m.) entbehren einer ausreichenden Spezifität und Prägnanz. Sie finden sich bei Schwachsinnigen, Psychopathen und anderen Abartigen nahezu ebenso häufig. „Wieviel sittliche und geistige Unreife steckt in fast jedem Sittlichkeitsverbrecher, in den Rückfalldieben usw.!“ Andererseits muß berücksichtigt werden, daß die gleiche Altersgruppe in der Praxis mit erheblicher Verantwortung belastet wird (Post, geschäftliche Funktionen, Wehrdienst, Straßenvermehr u. a. m.). Körperliche Zeichen (Retardierung bzw. Acceleration) lassen keine sicheren Rückschlüsse auf die psychische Entwicklung zu. Auch katamnestische Erhebungen gestatten

nicht, die Sonderbehandlung der Heranwachsenden zu rechtfertigen. Die Zahlen der Rückfälligen (in 4 Jahren) zeigen keine signifikanten Unterschiede zwischen den nach Jugendrecht und den nach Erwachsenenrecht Verurteilten. Verf. kommt zu dem Schluß, daß eine Festsetzung der Altersgrenze nach dem Kalenderalter keinesfalls mit mehr Ungenauigkeit und Unsicherheit belastet ist als die „Ermessens“-entscheidung bei der Annahme einer sog. „fließenden Altersgrenze“. Dagegen wird eine solche Behandlung von den Betroffenen gerechter empfunden als die vom Täter selbst meist schwer zu durchschauende Einstufung nach dem Reifegrad.

BERTHOLD (Schwerin)^{oo}

L. Moor: Tests dans la mensuration de l'intelligence chez les infirmes moteurs cérébraux et les infirmes sensoriels. (Intelligenzteste bei geistesschwachen Kindern und Kindern mit Krankheiten der Sinnesorgane.) [Laborat. de Psychol., Fac. de Méd., Paris.] *Méd. infant.* 67, Nr. 6, 35—38 (1960).

Verf. teilt die Kinder zunächst in folgende Gruppen: 1. Geistesschwache, 2. Kurzsichtige und Blinde, 3. Farbenblinde, 4. Taube und Taubstumme. Jede Gruppe wird wieder unterteilt in Kinder unter und über 5 Jahren. Für jede Altersgruppe schlägt er bestimmte bekannte Teste wie z. B. Wechsler-Bellevue, Binet-Simon usw. vor. Besonders bei den Kindern mit Krankheiten der Sinnesorgane wird darauf hingewiesen, daß man sich nicht allzu sehr auf das erlangte Ergebnis stützen darf, da viele Teste Schulkenntnisse voraussetzen. Diese Kinder haben oft nur einen unregelmäßigen Schulbesuch und dürfen deswegen nicht tiefer eingestuft werden als Kinder mit normalem Hör- und Sehvermögen.

KLOSE (Heidelberg)

Dorothy J. Sievers and Carl M. Rosenberg: The differential language facility test and electroencephalograms of brain-injured mentally retarded children. (Der differenzierende Sprachgewandtheitstest und Elektrencephalogramme von cerebralgeschädigten geistig rückständigen Kindern.) *Amer. J. ment. Defic.* 65, 46—50 (1960).

In einer früheren Studie hatte die Hauptautorin retardierte hirngeschädigte Kinder und solche ohne Hirnschaden, die aber retardiert waren, gegenübergestellt (*Amer. J. ment. Defic.* 63, 839, 1959). Die vorliegende Untersuchung führte zu dem Ergebnis, daß die Art des EEG-Befundes, der in die vier Gruppen reines Grand mal, Grand mal und Petit mal kombiniert, hypothalamische Form und allgemeine Verlangsamung eingeteilt wurde, mit den Ergebnissen in diesem Test und einigen Subtests fest korreliert ist. Am besten schnitten die Kinder mit allgemein verlangsamtem EEG ab, es folgten die hypothalamische Gruppe und dann die Kinder mit Grand mal und die Petit mal, welche letztere die größten Schwierigkeiten zu haben schienen. Insgesamt wurde die Untersuchung an 50 Kindern angestellt; die Gruppe Grand mal und Petit mal umfaßt 21 Kinder.

KONRAD LANG (Bonn)^{oo}

P. Perrouty et J. Lacrotte: Hyperostose frontale interne et troubles mentaux. (Hyperostosis frontalis interna und Bewußtseinsstörungen.) [*Soc. méd.-psychol.*, 20. VI. 1960.] *Ann. méd.-psychol.* 118, 331—336 (1960).

Es werden im ganzen über fünf Fälle (Frauen im Alter zwischen 29 und 50 Jahre) berichtet, bei denen der Röntgenuntersuchung eine Hyperostosis frontalis interna festgestellt wurde, und die Beobachtungen über neuro-psychiatrische Störungen recht unterschiedlich waren. Keine dieser Frauen zeigte ein endokrines Syndrom von „Morgagni-Stewart-Morel“. Eine unter ihnen bot die Zeichen des Übergewichts aber keine Merkmale des Virilismus dar. Zwei der beschriebenen Fälle zeigten das Bild eines arteriellen Bluthochdrucks. Verff. diskutieren die verschiedenen Entstehungsursachen der Hyperostosis frontalis interna und stellen dabei die Auffassung von J. MARTY der von J. WARTER (1950) (Zusammenhang mit einer vermehrten Follikelhormonausschüttung) gegenüber.

PETERSOHN (Mainz)

Umberto Vaccaro: Contributo allo studio della personalità epilettica con il Minnesota Multiphasic Personality Inventory. (Beitrag zum Studium der epileptischen Persönlichkeit mittels des Testes „Minnestosa Multiphasic Personality inventory.“) [*Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Genova.*] *Riv. Med. leg. Legislaz. sanit.* 2, 183—191 (1960).

Verf. hat mit dem Text Epileptiker untersucht und vertritt die Meinung, daß die Ergebnisse zur Feststellung des Strafmaßes beitragen könnten. (Ref. nach deutscher Zusammenfassung.)

B. MUELLER (Heidelberg)

Heinz Dietrich: Das aktuelle Aktionssystem des Patienten in der Begutachtung. [Nervenklin., Univ., München.] Med. Sachverständige 56, 193—195 (1960).

Es wird ein Fall einer 29jährigen Frau beschrieben, die jahrelang wegen einer angeblichen multiplen Sklerose eine kleine Rente bezogen hat. Die anlässlich einer Nachuntersuchung erfolgte Revision der Diagnose (ophthalmische Migräne) hatte sowohl bei der Patientin als auch bei deren Bruder eine paradoxe Reaktion zur Folge. Psychologische Überlegungen im Zusammenhang mit der Problematik der Begutachtung werden angestellt. SPANN (München)

EheG § 32 (Parkinsonsche Krankheit als Eheanfechtungsgrund). Die Parkinsonsche Krankheit ist eine persönliche Eigenschaft i. S. des § 32 EheG, die dem anderen Ehegatten ein Recht zur Anfechtung der Ehe geben kann, die Krankheit ist unheilbar, obwohl ihre Symptome durch neue ärztliche Behandlungsmethoden gebessert und möglicherweise sogar ausgeglichen werden können. [OLG Braunschweig, Urt. v. 30. VII. 1959; 2 U 90/58.] Neue jur. Wschr. A 13, 2245—2246 (1960).

H. Bresser: Die Hirnkammerluftfüllung im Rahmen der forensisch-psychiatrischen Begutachtung. [Univ.-Nervenklin., Köln.] Med. Sachverständige 57, 5—9 (1961).

Adolf Busemann: Hirntraumatischer Verlust der Vorstellungsfähigkeit. Psychol. Beitr. 4, 433—458 (1960).

Verf. beschreibt einen Fall von Verlust der Vorstellungsfähigkeit nach schwerer Kopfverletzung. Die psychologischen Untersuchungen werden eingehend erörtert. Wenn keine bildhaften Vergegenwärtigungen erforderlich waren, boten die Intelligenzleistungen nichts Auffälliges. Dagegen fehlte die Erlebnis Erinnerung im Sinne anschaulicher Vergegenwärtigung. Visuelle Wortbilder, akustische und Tastvorstellungen, auch Schmerz- und Geschmacksvorstellungen konnten nicht produziert werden. Die Grundstörung wird als „Aphantasie“ bezeichnet und nicht als Herdsymptom, sondern als Ausdruck der Einsparung von Hirnleistungen (wie im Senium) gedeutet. GERCHOW (Kiel)

Charles E. Smith and Kenneth R. Strawberry: Mental competency proceedings in federal criminal cases. (Untersuchung auf Verhandlungsfähigkeit bei Strafverfahren der Bundesgerichte in den USA.) [Bureau of Prisons, U. S. Dept. of Justice, Nat. Training School for Boys, Washington, D. C.] Publ. Hlth Rep. (Wash.) 75, 595—604 (1960).

Bei geisteskranken Straftätern in den USA ist neben der Frage der Zurechnungsfähigkeit noch ärztlicherseits zu entscheiden, ob der Beschuldigte die geistigen Fähigkeiten besitzt, der Verhandlung zu folgen, das Urteil aufzunehmen und sich einer möglicherweise erfolgenden Bestrafung zu unterziehen. Der Grund für dieses Vorgehen ist die Erwägung, daß man niemanden, der sich in einem hilflosen Zustande befindlich nicht gehörig verteidigen kann, vor ein Gericht stellen will. Wird die Verhandlungsfähigkeit vom Gutachter verneint, so wird das Verfahren ausgesetzt und der Beschuldigte kann in einer Heilanstalt untergebracht werden. (Im Unterschied zum deutschen Strafrechtsverfahren geht demnach der Einweisung weder eine richterliche Feststellung der Täterschaft noch ein richterlicher Einweisungsbeschluß voraus.) Verff. haben in Strafsachen, die vor den Bundesgerichten der USA verhandelt werden (federal criminal cases) — im wesentlichen Verfahren wegen Landesverrat, Spionage, Postvergehen und Autodiebstähle — entsprechende Untersuchungen durchgeführt. Verhandlungsfähigkeit kann auch bei Geistesgestörten angenommen werden, die organisch krank und behandlungsbedürftig sind, weil strenge Maßstäbe angelegt werden. Zur Entscheidung wird meist längere klinische Beobachtung (durchschnittlich drei Monate) und eingehende Exploration der familiären und sozialen Verhältnisse verlangt. Die Aberkennung der Verhandlungsfähigkeit betrifft überwiegend Schizophrene.

SCHRÖDER (Hamburg)

UnterbrG NRW § 2 (Begriff der gegenwärtigen Gefahr im Unterbringungsrecht). Wann ist im Hinblick auf das Verhalten eines Geisteskranken die Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung eine gegenwärtige? [OLG Hamm, Beschl. v. 5. 5. 1960; 15 W 165/60.] Neue jur. Wschr. A 13, 1392—1393 (1960).

Das Landgericht lehnte die Unterbringung eines seit Jahren chronisch Geisteskranken, der bei früheren Krankheitsschüben mehrmals gewalttätig geworden war, mit der Begründung

ab, daß der Kranke bei dem derzeitigen Schub nicht tötlich geworden sei, sondern nur seine Angehörigen maßlos beschimpft habe. Eine gegenwärtige Gefahr für die öffentliche Sicherheit sei danach nicht zu besorgen. Das Oberlandesgericht erklärte demgegenüber, daß die Gefahr gegenwärtig ist, wenn sie unmittelbar zu erwarten sei. Dies sei bei einem gefährlichen Geisteskranken nicht nur der Fall, wenn der Eintritt des schadenstiftenden Ereignisses unmittelbar bevorstehe, sondern auch dann, wenn die Unberechenbarkeit des Geisteskranken den Zeitpunkt des Eintritts des schadenstiftenden Ereignisses unvorhersehbar macht, mit ihm aber während eines Krankheitsschubes jeder Zeit gerechnet werden muß. Lasse sich im einzelnen Falle feststellen, daß ein Kranker in Spannungszuständen zu Angriffen auf wesentliche Rechtsgüter neigt, so schließe ein erneuter Spannungszustand regelmäßig die unmittelbare drohende Gefahr in sich, es sei denn, daß durch ärztliche Behandlung oder sonstige Änderung des Krankheitszustandes eine neue Situation eingetreten ist. Wo eine solche neuartige Situation vermutet werde, sei regelmäßige Klärung durch ein Sachverständigen Gutachten erforderlich.

WITTER (Homburg a. d. Saar)^{oo}

W.-S. Kierski: Anstaltsunterbringung durch den Personensorgeberechtigten. Med. Sachverständige 56, 224—225 (1960).

In ganz kurzer Zusammenfassung wird die nach dem bekannten Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 10. 2. 60 entstandene Rechtslage erläutert. Für Einzelfragen wird das Studium der Arbeit von SAAGE empfohlen: Beilage zum Bundesanzeiger vom 29. 7. 60. BRESSER (Köln)^{oo}

StPO § 81a (Voraussetzungen für die Anordnung der Encephalographie). Die Hirnkammerluftfüllung (Pneumo-Encephalographie) mit dazugehöriger Entnahme der Hirnflüssigkeit (Lumbal- oder Occipitalpunktion) ist ein so erheblicher Eingriff, daß das Gericht, bevor es ihn im Rahmen der Untersuchung des Beschuldigten auf seinen Geisteszustand anordnet, sorgfältig prüfen muß, ob der Eingriff in angemessenem Verhältnis zur Bedeutung der Sache steht, ob alle anderen Untersuchungsmöglichkeiten erschöpft sind und ob eine medizinische Gegenanzeige ausgeschlossen ist. [OLG Hamm, Beschl. v. 3. II. 1960; 1 Ws 480/59.] Neue jur. Wschr., A, 13, 1400—1402 (1960).

In Rechtsprechung und Literatur bestehen sehr unterschiedliche Auffassungen. Gegner einer Lumbalpunktion berufen sich auf ein GA des Reichsgesundheitsamtes vom 11. 1. 40, das die Lumbalpunktion nur dann für zumutbar hält, wenn Gehirngeschwülste ausgeschlossen sind. Nach Meinung des RVA unter Bezug auf die VO zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 11. 9. 27 und 27. 2. 40 ist eine Lumbalpunktion gegen den Willen des Patienten nicht vertretbar. Weiterhin wird auf SCHALTENBRAND („Die Nervenkrankheiten“, 1951) zurückgegriffen, wonach lediglich Rö.-Aufnahmen und EEG ungefährlich sind und bei tumorverdächtigen Patienten bereits bei der Lumbalpunktion „allergrößte“ Zurückhaltung geboten ist. (Diese Argumente entsprechen in dieser durch Juristen ausgewerteten Form nicht in allen Teilen den heutigen neurochirurgischen Auffassungen. Ref.) Aus juristischer Sicht wird verlangt, daß der Eingriff in angemessenem Verhältnis zur Bedeutung der Strafsache steht. Im vorliegenden Fall (fortgesetztes Verbrechen nach §§ 175a Ziff. 3, 176, 1 Ziff. 3 StGB) wird das bejaht, selbst wenn nur die Frage des § 51 Abs. 2 StGB steht und eine Unterbringung gemäß § 42b StGB nicht in Frage kommt. In der Begründung des Anordnungsbeschlusses müssen durch ausführliche Gutachten die Voruntersuchungen, der Ausschluß von Kontraindikationen und der Umfang der vorangegangenen Aufklärung des Patienten erläutert werden. Eine bloße fachärztliche Bescheinigung genügt nicht. H. BERTHOLD^{oo}

Theodor Valentiner: Untersuchungsmethoden praktischer Psychodiagnostik im Institut für Jugendkunde Bremen. PraX. Kinderpsychol. 9, 175—178 (1960).

Vortrag auf einem am 27. Januar 1960 abgehaltenen Kolloquium in Bremen. Verf., der aus der Lehrpraxis kommt, spricht von seinen Erfahrungen mit bestimmten psychologischen Untersuchungen (Bobertag-Hylla-Tests, Apparaturen zur Feststellung technischer Fähigkeiten, Arbeitsproben in der Kleingruppe u. a.). Gewisse Nachteile (Mehrdeutigkeit bestimmter Bilderreihen) und Vorteile (Zeitersparnis) werden berührt. Der Vortrag ist in dem menschlichen und optimistischen Tenor eines erfahrungsreichen Praktikers gehalten (bei 491 Eingestellten mehrerer Industrie-werke versagte die psychodiagnostische Methode nur in 4%, und zwar zu 2% bei Beurteilung der Fähigkeiten und zu 2% bei Beurteilung des Arbeitsverhaltens). Verf. betont besonders den

Wert der individuellen Untersuchung und der Untersuchung in einer aufgelockerten Kleingruppe und hebt die Bedeutung von Bewährungskontrollen hervor. WOLFGANG BÖCHER (Göttingen)^{oo}

M. Tramer: Zur Entwicklung der Kinderpsychiatrie, speziell Beobachtungsstationen. [Forschungsinst. f. Kinderpsychiat., Bern. (Schweiz. Ges. f. Psychiat. u. Schweiz. Ges. f. Kinderpsychiat., Solothurn, 18. VI. 1960.)] Acta paedopsychiat. (Basel) 27, 238—251 (1960).

Es wird zunächst in dem Vortrag die Entwicklung der Kinderpsychiatrie aufgezeigt, wobei eine 4-Stadieneinteilung vorgenommen wird: In der Mitte des vorigen Jahrhunderts entstanden mancherorts kleine Heime oder Abteilungen für minderbegabte Kinder. In diagnostischer Hinsicht unterschied man aber nur Kretine und Idioten. In den 90er Jahren nun wurden diese Oligophrenien weiter differenziert. In der Folgezeit kamen wesentliche neue Impulse zur Weiterentwicklung aus den USA; man beschäftigte sich mit verwahrlosten oder straffällig gewordenen Kindern, Neurosen und Psychopathien und versuchte, auf den Forschungen FREUDs basierend, auch neue Wege in der Therapie zu gehen. Es entstanden die ersten pädiatrischen Abteilungen an den Nervenkliniken, 1922 kam es zur Gründung der ersten Child Guidance Clinic in St. Louis (USA). Eine 4. Entwicklungsphase ist dadurch gekennzeichnet, daß die Kinderpsychiatrie als eigene Fachdisziplin der Medizin anerkannt wird; es werden eigene Fachzeitschriften herausgegeben und Fachkliniken errichtet. Im Folgenden werden die aktuellen Hauptprobleme der heutigen Kinderpsychiatrie aufgeführt: die kindliche Schizophrenie, die Pathopsychosomatik, die Pathosomatophychik, die Accelerations- und Retardierungsphänomene, das Problem einer Klassifikation und die Schwierigkeiten bei der Ausbildung von Kinderpsychiatern. — Der zweite Teil des Vortrages behandelt die spezielle Situation in der Schweizer Beobachtungsstation Gotthelf-Haus in Biberist im Kanton Solothurn. JACOBI (Würzburg)^{oo}

L. Eichler: Wie ist die Rehabilitation im Fachgebiet Psychiatrie in der UdSSR verwirklicht. [Bez.-Krankenh. f. Neurol. u. Psychiat., Brandenburg-Görden.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 15, 1530—1535 (1960).

Verf. berichtet über ein 3wöchige Studienreise durch die UdSSR. Die ambulante Versorgung der psychisch Kranken obliegt — gleich der der Haut- und Geschlechtskranken und der Tuberkulösen — nicht den Polikliniken, sondern besonderen „psychoneurologischen Dispensaires“ (D). Gleiche Einrichtungen bestehen für Kinder. Sie haben folgende Aufgaben: 1. Prophylaxe, 2. ambulante Behandlung, 3. Tageskliniken, 4. Heilwerkstätten, 5. nachgehende Fürsorge. Das D wird von einem Chefarzt geleitet, dem bei einer Bevölkerungszahl von z. B. 350000 Menschen etwa 12 Ärzte und 17 Schwestern unterstehen. Es arbeitet eng mit den psych. Krankenhäusern für akut und chronisch Kranke zusammen und kennt und erfaßt karteimäßig alle Kranken des Bezirks. Die Arbeitstherapie beginnt möglichst schon im akuten Krankheitsstadium während der Bettbehandlung. Zur weiteren Rehabilitation der entlassenen Kranken dienen die Heilwerkstätten, die kleine Fabrikationsbetriebe sind, die sich selbst wirtschaftlich erhalten und dem Patienten Lohn zahlen. In ihnen werden sowohl aufsichts- und pflegebedürftige Kranke, die vollberentet sind, beschäftigt (Invalidengruppe I) als auch vollberentete, aber noch teilarfbeitsfähige Kranke (Invalidengruppe II) sowie teilberentete teilarfbeitsfähige Kranke (Invalidengruppe III). Die Heilwerkstätte untersteht einem besonderen Arzt, der den Arbeitseinsatz und gleichzeitig die Weiterbehandlung leitet. Geschädigte der Invalidengruppe II können auch, wie andere leistungsgeminderte Personen, in den seit 1922 bestehenden „Invalidengenossenschaften“ Arbeit finden. Diese haben eine selbständige Verwaltung und beschäftigen nach Art geschützter Industrien neben z. B. Herzkranken, Hypertonikern, Körperbehinderten auch psychisch Kranke. Geplant sind jetzt spezielle Invalidengenossenschaften für psychisch Kranke. — Neben psychiatrischen Krankenhäusern für akut Kranke bestehen solche für chronisch Kranke, die denselben Etat haben wie die für akut Kranke, da sie ja besondere rehabilitative Aufgaben haben und dem Patienten z. B. eine Berufsausbildung vermitteln o. ä. Ältere Patienten können in sog. „Invalidenheimen“ Versorgung finden. — Für nichtschulfähige Kinder bestehen: 1. Kindergärten für zurückgebliebene Kinder, 2. Hilfsschulen, 3. Klassen bzw. Heime für Imbezille, die keinen Lehr-, sondern einen allgemeinen Erziehungsplan haben (vom Erlernen von Alltagsfertigkeiten bis zur Arbeitsausbildung). Forschungen auf dem Gebiete der psychiatrischen Rehabilitation betreiben die Institute für Psychiatrie der Akademie der medizinischen Wissenschaften, die über eigene Heilwerkstätten verfügen, die Abteilung für Arbeitsbegutachtung psychisch Kranker und für die Organisation der Invalidenarbeit im Staatlichen Institut für Psychiatrie des Gesundheitsministeriums u. a. Stellen. VIEFHUES (Bonn)^{oo}

E. Kluge: Bemerkungen zur Frage der Verantwortlichkeit Homosexueller. Med. Sachverständige 56, 221—223 (1960).

Bei einem geistig voll leistungsfähigen Menschen wird durch das Vorliegen einer wahrscheinlich anlagebedingten Homosexualität die strafrechtliche Verantwortlichkeit nach Ansicht des Verf. im allgemeinen nicht ausgeschlossen. Bei der zu engen Beurteilung, daß die Homosexualität wahrscheinlich anlagebedingt sei, wird auf die Ergebnisse der Zwillingsforschung von KALLMANN Bezug genommen. Auf den inneren Widerspruch der Annahme der strafrechtlichen Verantwortlichkeit und damit der Entscheidungsfähigkeit eines Homosexuellen und der gleichzeitigen Behauptung seiner wahrscheinlichen Rückfälligkeit wird hingewiesen. BREDEMANN (Berlin)^{oo}
Hermann Witter: Affekt und Schuldunfähigkeit. Mschr. Kriminalpsychol. 43, 20—31 (1960).

Der allgemeine Grundsatz, daß unter bestimmten Umständen der Affekt als schuld mindernd oder sogar schuldausschließend zu bewerten ist, hat seine Berechtigung. Er wird zwar niemals im naturwissenschaftlichen Sinne beweisbar sein, ergibt sich aber „aus dem Evidenz Erlebnis der naiven Lebenserfahrung“. Es bereitet aber Schwierigkeiten, diesen allgemeinen Grundsatz in das bestehende Recht einzuordnen. Der Gedanke, daß mit Rücksicht auf eine besondere Umweltsituation, die erfahrungsgemäß auch zu einer besonderen affektiven Belastung des Täters führt, ein normgerechtes Verhalten nicht mehr zumutbar ist, findet sich in den Bestimmungen über den Nötigungsstand, über Notwehr und Notstand, über die richterliche Kompensationsbefugnis bei Beleidigung und leichter Körperverletzung, über mildere Totschlagsfälle und über den Kindesmord. Hierbei sind aber die situativen Bedingungen klar umrissen. — Darüber hinaus gibt es aber Situationen, die vom Gesetzgeber nicht ausdrücklich festgelegt sind, bei denen aber doch der Affekt schuldausschließend oder -mildernd berücksichtigt werden sollte. In diesen Fällen wird man gezwungen, die Frage der Zumutbarkeit normgerechten Verhaltens aus der individuellen Wertung des einzelnen Täters in seiner Situation zu beantworten. Hierbei bietet sich die Möglichkeit an, die Bestimmungen des § 51 StGB heranzuziehen, was der Verf. ausdrücklich als einen „schlechten Ausweg“ bezeichnet. „Tatsächlich wird damit versucht, die Frage der Zumutbarkeit auf dem Umweg über die Zurechenbarkeit zu lösen.“ — Wenn der Affekt in die Bestimmungen des § 51 StGB eingeordnet werden soll, treten für den psychiatrischen Sachverständigen echte Schwierigkeiten auf. Dabei weist Verf. auch auf die bedenklichen Konsequenzen hin, die sich hieraus ergeben. Der Richter wird bei der Urteilsfindung von der irrigen Meinung ausgehen, daß ihm der Sachverständige auf Grund seines Wissens eine Erkenntniswahrheit vermittelt, während es in diesem Falle nur eine Bekenntniswahrheit (JASPERS) gebe. Das Problem könne nur mit den Mitteln der Intuition angegangen werden und entziehe sich den empirisch quantitativen Ermittlungsmethoden.

ROMMENEY (Berlin)

Umberto Vaccaro: Lo studio della personalità della prostituta con il Baumtest. (Persönlichkeitsstudien an Prostituierten mittels des „Baumtestes“.) [Ist. di Med. leg. e Assicuraz., Univ., Genova.] Med. leg. (Genova) 7, 501—512 (1959).

Verf. benutzte den „Baumtest“ nach KOCH zu charakterologischen Studien bei sechs Prostituierten im Alter zwischen 22 und 30 Jahren. Er glaubt, mit Hilfe dieses Tests brauchbare Aussagen über die Persönlichkeitsstruktur der Untersuchten machen zu können. JAKOB (Würzburg)

G. Vella e A. Petzioli: Contributo alla conoscenza del comportamento della prostituta. (Beitrag zur Kenntnis der Verhaltensweise von Prostituierten.) [Clin. Mal. Nerv. e Ment., Univ., Roma.] Quad. Crim. clin. 2, 317—344 (1960).

Verff. haben 107 Dirnen, die unter sanitätspolizeilicher Überwachung der Gewerbsunzucht nachgehen, in vielfältiger Hinsicht auf Herkunft, Intelligenz, psychische Situation, allgemeines Verhalten und nach weiteren Gesichtspunkten untersucht. Sie sind sich der Besonderheiten einer solchen Untersuchung durchaus bewußt gewesen, insbesondere was die Zuverlässigkeit und Wahrheit der von den Dirnen gemachten Angaben betrifft. Es wurde versucht, die Befragung gründlich in einer möglichst vertrauensvollen Atmosphäre durchzuführen. Die untersuchten Dirnen standen im Alter von 19—45 Jahren und stammten aus Mittel- oder Süditalien. Bis auf 2 Probandinnen stammten alle aus dürftigen häuslichen Verhältnissen; nur in 6 Fällen lagen besonders ungünstige sittliche Verhältnisse im Elternhaus vor. Eingehend ist die Frage nach den ersten Sexualbeziehungen der Probandinnen erörtert worden; im Durchschnitt hatten sie ihre ersten Erfahrungen mit 17 Jahren, im ganzen zwischen 13 und 20 Jahren. In einem einzigen

Fall fiel das erste Sexualerleben mit dem Beginn der Gewerbsunzucht zusammen. Vor der Hinwendung zur Prostitution waren 42% Hausgehilfinnen, 20% Arbeiterinnen, 15% Schneiderinnen, der Rest war in verschiedenen anderen Berufen tätig; aus gehobener Betätigung kamen eine Lehrerin und eine Universitätsstudentin. Die Dirnen wurden durchweg nicht aus einer wirtschaftlichen Notlage heraus zur Prostitution getrieben, sondern kamen aus dem Bestreben, ein freies, unabhängiges Wohlleben führen zu können, dazu, wobei auch die Hoffnung, sich ein kleines Vermögen sparen zu können, eine Rolle spielte. Verff. berichten sodann ausführlicher über die persönliche Einstellung der Dirnen zur Sexualbetätigung, insbesondere darüber, unter welchen besonderen persönlichen Bindungen sie zum Orgasmus kommen. Nur 5 der Befragten räumten lesbische Beziehungen ein. Die Ausübung der Gewerbsunzucht hat hingegen bei vielen zur Folge, daß sie sich mit perversen Sexualbetätigungen sadistischer, masochistischer u.ä. Art abgeben müssen; sie nehmen diese als komische Kuriositäten oder als unerklärliche Besonderheiten hin. Sie sind durchweg der Meinung, daß zur körperlichen Schonung die Erreichung des eigenen Orgasmus vermieden werden müsse. Vier der untersuchten Dirnen wiesen Züge geistiger Störungen auf; alle vier hatten Selbstmordversuche begangen; weitere 19 Dirnen zeigten psychische Störungen verschiedener Art. Die Untersuchungen beschäftigten sich auch mit dem Verhältnis zu Zuhältern und Kupplern; insofern waren jedoch die Dirnen meist recht schweigsam. Nur ganz vereinzelt haben Dirnen Ersparnisse gemacht, um sich später eine Existenz gründen zu können. Die religiösen Bindungen der Dirnen sind stärker als die zu den kirchlichen Einrichtungen. Das allgemeine Intelligenzniveau erwies sich als dürftig. Von der Lex Merlin, mit der die Resozialisierung der Dirnen erreicht werden sollte, halten diese selbst nicht viel; sie fühlen sich nicht erziehungs- und resozialisierungsbedürftig. Verff. versuchen abschließend, die möglichen Ursachen für die besonderen Verhaltensweisen der Prostituierten darzustellen. Die Prostitution als pathologisches Phänomen hat jedoch eine Vielzahl von Wurzeln, die nur durch ein Zusammenwirken der verschiedenen Disziplinen gründlich erforscht werden können. Die beigegebene kleine Bibliographie enthält keine deutschen Schriften.

KONRAD HÄNDEL (Karlsruhe)

Hans Schaefer: Bemerkungen zu einer Theorie des Bewußtseins. [Physiol. Inst., Univ., Heidelberg.] Psychol. Beitr. 4, 579—600 (1960).

Verf. betont zunächst, daß es sich bei der „Theorie des Bewußtseins“ um die Entwicklung einer modellhaften Vorstellung bezüglich des Substrates (= physischer Vorgang, ohne den das „Psychische“ nicht entsteht) des „Psychischen“ handelt. Das Prinzip des Modells gründet sich auf die bioelektrischen Vorgänge im Gehirn als dem Substrat des Bewußtseins und damit auf die Konzeption des psychophysischen Abhängigkeit. Klare Bewußtseinsinhalte sind dabei von einem Grad der Desynchronisation der sonst im Gleichschritt schwingenden Gehirnzellen begleitet, hierdurch entstehen sog. Erregungsmuster, als deren „Webzentrum“ die basalen Zentren des Gehirns angesehen werden. Jene Erregungsmuster werden als dynamisches Filigran aufgefaßt. Ausgehend von diesem Grundgedanken ergeben sich 6 Hauptpunkte der Bewußtseinstheorie: 1. Eine einzelne Zelle hat kein Bewußtsein (Anm. d. Ref.: Im Gegensatz zu der Monadologie HÄCKEL'S). 2. Bewußtsein ist nicht lokalisierbar, sondern ein Produkt des Zusammenspiels (Anm. d. Ref.: Im Gegensatz zu der Lokalisationstheorie). 3. Bewußtsein ist ein Vorgang, der neben der Struktur des Raumes (Dichte und Differenzierung) den der Zeit beinhaltet und ist somit vierdimensional (Anm. d. Ref.: N. HARTMANN, Philosophie der Natur. Siehe auch Relativitätstheorie: Die Vierdimensionalität der Welt). 4. Bewußtsein ist ein dynamischer Vorgang. 5. Bewußtsein ist nicht auf physikalische Tatsachen reduzierbar, da die Vielzahl der Elemente in ihrer raum-zeitlichen Änderung nicht analysierbar sind. 6. Bewußtsein ist kein obligates Epiphenomen zentralnervöser Prozesse, d. h., nicht jeder elektrisch-physikalische Vorgang mit raumzeitlicher Struktur beinhaltet Bewußtsein, sondern nur bestimmte Filigrane der sich wandelnden Strukturen. Zur Theorie des Gedächtnisses wird ausgeführt, daß zur Reproduktion bestimmter Bewußtseinsinhalte entsprechende Filigrane aktiviert werden müssen. Gehirne, welche hierzu temporär oder permanent unfähig sind, können auch keine Erinnerungen reproduzieren. Damit ist die Mosaiktheorie und die Reflextheorie abgelehnt und gleichzeitig zum Ausdruck gebracht, daß Gedächtnis ohne Bewußtsein nicht denkbar ist. Es werden 3 Arten von Gedächtnis unterschieden: 1. Die Reproduktion in Form eines erneuten Wirklichkeitserlebnisses (Halluzinatorisches Gedächtnis — s. Experimente PENFIELD 1952). 2. Rückerinnerung durch Reproduktion der Vorstellungen der früheren Bewußtseinsinhalte, die dann vom Subjektiven getragen sind und sich vom tatsächlichen Gewesenen unterscheiden. 3. Die Wiedererkennung, d. h. die subjektive Erinnerung des gleichen Erlebnisses. Verf. weist am Schluß daraufhin, daß auf Grund

seines Modells zwar das Substrat, nicht aber das „Psychische“ selbst erfaßt sei. Experimentell könne auch nur das Substrat als solches naturwissenschaftlichen Forschungen zugrunde gelegt werden.

PETERSOHN (Mainz)

R. Piédelièvre, J. Vacher et J. Lutier: Essai sur la conscience dans la survie. (Essai über das Bewußtsein im Stadium des Überlebens.) [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, Clermont-Ferrand, 6. VI. 1960.] Ann. Méd. lég. 40, 438—444 (1960).

In vorliegender Abhandlung wird die Frage behandelt, ob der Patient nach Erhalten von tödlichen Verletzungen bei Bewußtsein oder geistig abwesend, d.h. bewußtlos, ist. Auf das Unterbewußtsein (subconscience), das klare Bewußtsein (conscience claire) und endlich überlegte Bewußtsein (la conscience réfléchie), dem „er ist bei vollem Bewußtsein“ entspricht, wird eingegangen. Das Bewußtsein (Gewissen) habe eine horizontale, qualitative, und eine vertikale, quantitative, Dimension. Das Überleben habe drei Seiten, von denen man es betrachten könne: eine biologische (das Überleben von Zellen), eine gerichtsärztliche und eine physiologische. Unter letzterer verstehe man ein partielles oder totales Wiederaufleben von vegetativen Funktionen nach dem klinischen Tode („coma dépassé“ nach MOLLARET).

RUDDOLF KOCH (Coburg)