

einem Phosphatbuffer (pH 7,4) verwendet. Die Autoren bestimmten Methämoglobin spektrophotometrisch vor und nach dieser Behandlung. Die Differenz zwischen dem ersten und dem zweiten Wert wurde in Prozenten hinsichtlich der initialen Konzentration von Methämoglobin ausgedrückt und als Maß der MRR genommen. Bei den Doppelbestimmungen gab es einen methodischen Fehler von 0,40%/Std. — Die MRR wurde in Erythrocyten von 44 Blutspendern und von 142 Pat. bestimmt. Bei den Erstgenannten, einschließlich älteren Personen, war der Durchschnittswert 10,3—11,5%/Std, entsprechend einer 120—130tägigen Lebensdauer von Erythrocyten. Bei den hämorrhagischen Pat. war die MRR bis auf 26,4%/Std erhöht und die durchschnittliche Halbwertszeit der Lebensdauer von Erythrocyten betrug demgemäß nur 17 Tage. Als Indicator von Erythropoiesis wurde die MRR mit der relativen Reticulocytenzahl verglichen. Die MRR kann auch eine vorherige Stimulation von Erythropoiesis entschleiern, dessen ungeachtet, daß die Produktion der roten Blutkörperchen zur Zeit der Untersuchung schon normalisiert worden wäre. So scheint die MRR, wie die Bestimmungen der Enzymaktivität im allgemeinen, besser als die relative Reticulocytenzahl zum Maß des Alters eines Erythrocytenbestandes geeignet zu sein.

RAEKALLIO (Helsinki)

Elfriede Albert: Das Altern, insbesondere die Hirnalterung als celluläres Problem und seine biochemischen Aspekte. [Psychiat. Klin., Med. Akad., Düsseldorf, u. Rhein. Landesheilanst., Düsseldorf-Gragenberg.] Fortschr. Neurol. Psychiat. 28, 423—447 (1960).

Eingehendes Übersichtsreferat mit besonderer Berücksichtigung der kolloidalen Veränderungen während des Alterns des Gehirns. — 121 Literaturstellen. KEUP (New York)⁶⁰

M. Černý: Rekonstruktion der Körpergröße aus der Länge der langen Extremitätenknochen. [Inst. f. Anthropol. u. Genet., Preßburg.] Soudní lék. 5, 65—74 mit dtsh., franz. u. engl. Zus.fass. (1961). [Tschechisch.]

Die Autoren bringen eine ausführliche Übersicht über die bisherig üblichen Methoden der Bestimmung der Körpergröße aus Skeletresten. ROLLET, MANOWRIER und PEARSON werden zitiert und dabei darauf hingewiesen, daß die Methode PEARSONS, da sie sich statistischer Methoden bedient, die besten Ergebnisse gezeitigt hat. Auf BREITINGERS Arbeiten wird hingewiesen, die sehr brauchbare Resultate bei der Beurteilung der männlichen Körpergröße geben. DUPERTUS und HADDEN haben an einem sehr großem Material sehr verlässliche Untersuchungsergebnisse erzielen können. Die Autoren verwenden die modernen Methoden, empfehlen aber auch, die Richtigkeit der Resultate durch Verwendung mehrerer Methoden zu erhärten. Für verschiedene Gegenden wird man ethnisch bedingten Besonderheiten der Bevölkerung Rechnung tragen, und so gewisse Korrekturen vornehmen müssen. Es ist wichtig, daß auch eine richtige Geschlechtsbestimmung der aufgefundenen Knochenreste erfolgen muß, um nicht zu Fehlbestimmungen zu gelangen.

NEUGEBAUER (Münster i. Westf.)

Versicherungs- und Arbeitsmedizin

● **Handbuch der gesamten Arbeitsmedizin.** In fünf Bänden. Hrsg. von ERNST W. BAADER. Unter Mitwirkung von GUNTHER LEHMANN, HANS SYMANSKI u. HEINRICH WITTGENS. Bd. 1: Arbeitsphysiologie. Hrsg. von GUNTHER LEHMANN. Unter Mitarb. von HERMANN BRÜNER, HEINZ CASPERS, DIETER DIECKMANN u. a. Berlin-München-Wien: Urban & Schwarzenberg 1961. XX, 933 S u 459 Abb. Geb. DM 300.—; Subskriptionspreis DM 240.—.

Der Haupterausgeber Prof. ERNST W. BAADER-Hamm hebt in seinem Geleitwort als Einzelgebiete der Arbeitsmedizin die *Arbeitsphysiologie*, die *Arbeitspathologie*, die *Arbeitshygiene* und die *Arbeitspsychologie* hervor; Grenzgebiete sind die *Arbeitssoziologie* und die *Rehabilitation*. Auf die Vielschichtigkeit dieser Gebiete und auf die Möglichkeit von Überschneidungen wird hingewiesen. Der vorliegende erste Band des Gesamtwerkes befaßt sich mit der *Arbeitsphysiologie*, er ist redigiert worden von dem Direktor des Max-Planck-Institutes für Arbeitsphysiologie in Dortmund, Prof. GUNTHER LEHMANN. Vom *anatomischen* Standpunkt aus berichtet der Pr.-Doz. für Anatomie Dr. BENNO KUMMER in Frankfurt, über Statik und Dynamik des menschlichen Körpers unter ausgiebiger Verwertung alten und neuen Schrifttums. Die von MESSERER bereits

im Jahre 1880 erarbeiteten Werte über die Festigkeit der langen Röhrenknochen werden wiedergegeben, wobei sich zeigt, daß die Knochen im trockenen Zustand oft schwerer verletzlich sind als im feuchten. Die Tragfähigkeit des Armes bei Beugung im Ellenbogengelenk in den einzelnen Winkeln wird kurvenmäßig dargestellt. G. LEHMANN beschreibt die *Energetik* des arbeitenden Menschen unter Darstellung der Methodik und zusammenfassender Darlegung der Forschungsergebnisse, wobei die einzelnen Arbeitergruppen berücksichtigt werden. Wird eine körperlich schwere Arbeit ausgeführt, so ist die zur Verfügung stehende Energie schon in 250 min verbraucht, ein Arbeitstag von 8 Std entspricht aber 480 min; dies würde bedeuten, daß im Verlaufe eines Achtstundentages eine schwere Arbeit nur 4 Std und 10 min lang durchgeführt werden kann, die übrige Zeit von 3 Std und 50 min muß auf Pausen entfallen. Es handelt sich hier um den sog. Erholungszuschlag, der manchmal auch als Ermüdungszuschlag bezeichnet wird. Geistige Arbeit ruft eine meßbare Steigerung des Stoffwechsels nicht hervor; man nimmt an, daß einzelne Partien des Gehirns einen vermehrten Stoffwechsel aufweisen, doch ist hier noch alles im Fluß. Die Abschnitte *Muskelfunktion*, *Kreislauf* und *Atmung* stammen aus der Feder des Abteilungsleiters am Institut für Arbeitsphysiologie in Dortmund, Prof. ERICH MÜLLER. Die Darstellung berücksichtigt die abstrakte Forschung und die praktische Anwendung in gleichem Maße. Einmal wird schematisch abgebildet (S. 141), bei welcher Anordnung von Sitz und Auftritt die Tretkraft am größten ist. Dem verstorbenen Erlanger Physiologe OTTO RANKE verdanken wir die Abhandlung der allgemeinen Physiologie der *Sinnesorgane*, während sich der Bonner Physiologe KURT WACHHOLDER der Darstellung des *vegetativen Systems* angenommen hat. Besprochen wird auch die Scheinwut, im englischen Schrifttum sham rage genannt, die beim Tier bekannt ist und die vereinzelt auch beim Menschen beobachtet wurde; es kam hier zu einem Zornausbruch, bei dem der Pat. innerlich nicht erregt war, sondern ruhig blieb (S. 271). Wenn eine derartige Einzelbeobachtung auch nicht verallgemeinert werden kann, so gibt sie nach Meinung von Verf. einen Hinweis darauf, daß die vegetativen Zentren des Gehirns allein der Sitz des affektiven emotionalen Erlebens sind. Das physische *Leistungsvermögen* des Menschen und die Möglichkeit seiner Verbesserung erörtert G. LEHMANN. Nach Beschreibung der Methoden wird die Leistungsdisposition mit der Tagesrhythmik verglichen. Die Nachmittagschicht von 14—22 Uhr findet unter wesentlich ungünstigeren physiologischen Voraussetzungen statt als die Vormittagschicht; bei der Nachtschicht liegt das Leistungsminimum gegen 3 Uhr. Eine Verbesserung der Leistung kann durch Training oder durch Anpassung herbeigeführt werden. Anschauliche Kurven und schematische Abbildungen zeigen den Unterschied zwischen den Leistungen geübter und nicht geübter Arbeitnehmer. Interessant ist auch eine Tabelle, aus der sich der Anteil der geistigen Beanspruchung bei verschiedenen Leistungen ergibt (S. 382), z. B. Putzen 9%, Stopfen mit Aufnehmen der Maschen 16%, Laubsägearbeit 32%, Titrieren 46%, Herstellung mehrerer Gerichte gleichzeitig 53%, Ordnen nach dem Alphabeth 90%. Der behauptete günstige Einfluß von Testoviron, von UV-Bestrahlung, von Vitaminen und auch von Pervitin auf die Leistungsfähigkeit wird kritisch erörtert. Durch den Gebrauch von Pervitin läßt sich zwar eine Vervielfachung der Leistungen erreichen, doch befindet sich der Körper nachher in einem viel höheren Erschöpfungszustand. Mit der *Ermüdung* beschäftigen sich E. MÜLLER und der Direktor des Instituts für Hygiene und Arbeitsphysiologie an der Technischen Hochschule Zürich, Prof. ETIENNE GRANDJEAN in sehr gründlicher Form auf Grund zahlreicher Experimente und Berechnungen; interessieren wird, daß im Jahre 1936 von RYAN und WARNER Versuche mit Lastwagenfahrern durchgeführt wurden; als Zeichen der Ermüdung ergab sich eine Verlängerung der Hautgefäßreflexe, eine Erhöhung der Ausgleichsbewegungen beim Stehen, eine Herabsetzung der Genauigkeit der Augen- und Handkoordination, eine Herabsetzung der Leistungsfähigkeit des Auges und eine Abnahme der Geschwindigkeit und der Genauigkeit beim Lösung von Rechenaufgaben [Amer. J. Psychol. 48, 403 (1936)]. Die Zusammenhänge zwischen *Arbeit* und *Ernährung* werden geschildert von dem Direktor des Max-Planck-Instituts für Ernährungsphysiologie in Dortmund, Prof. HEINRICH KRAUT und seinem Mitarbeiter Dr. WOLFGANG KELLER mit Hinweisen auf die Ernährung in der Familie und auf die Werks- und Heimverpflegung. Von gerichtsmedizinischer Seite wird der von dem früheren Leiter des Dortmunder Instituts für Arbeitsphysiologie Prof. OTTO GRAF, München, verfaßte Abschnitt *Arbeit* und *Pharmaka* besonders gern gelesen werden, zumal er sich eingehend mit der Alkoholwirkung auf Grund des Schrifttums und eigener Versuche befaßt. Die von PAULY und SCHLEYER schematisiert dargestellten Beziehungen zwischen Alkoholbeeinflussung und Blutalkoholkonzentration und umgekehrt zwischen Blutalkoholkonzentration und Alkoholbeeinflussung werden wiedergegeben. Verf. bespricht weiterhin das Coffein, die Weckamine, einschließlich ihres Einflusses auf die Alkoholwirkung, das Vitamin B₁ und einzelne Sedativa; er kommt zu dem Schluß, daß es kein Pharmakon

gibt, das geeignet ist, den menschlichen Organismus in die Leistungsform zu bringen, in die er durch normales Training, richtige Ernährung und hinreichenden Schlaf gelangen kann. Mit dem *Klima* des Arbeitsplatzes und den Möglichkeiten, sich gegen ungünstige klimatische Einflüsse zu schützen, mit Arbeit und Wetter, mit Luftdruck und Luftzusammensetzung, mit den Einwirkungen des Lärms auf den Menschen und mit den Einwirkungen mechanischer Schwingungen befassen sich der Assistent am Institut für Arbeitsphysiologie in Dortmund Dr. WENZEL, E. MÜLLER, das Mitglied des Instituts für Flugmedizin in Bad Godesberg Prof. HERMANN BRÜNER, der Assistent am Institut für Arbeitsphysiologie in Dortmund Dr. JANSEN und Dr. Ing. DIETER DIECKMANN. Die Ausführungen von G. LEHMANN und seines Mitarbeiters Dr. Ing. STLER betreffen bereits spezielle Gebiete der Arbeitsmedizin, so die Ausgestaltung der Arbeitsgeräte, den Arbeitsablauf, die Pausengestaltung, die Körperstellung bei der Arbeit und schließlich auch die Lohnfindung; bei diesem zuletzt genannten Abschnitt hat Priv.-Doz. Dr. rer. nat. SCHMIDTKE vom Institut für Arbeitsphysiologie in Dortmund mitgewirkt. Bezüglich des aktuellen Themas über die Ausgestaltung des Wochenendes kommen Verff. zu dem Ergebnis, daß ihnen die 48 Std-Woche mit fünfzügiger Arbeitszeit von $9\frac{1}{2}$ Std bei einer Anwesenheit von $10-10\frac{1}{2}$ Std nicht günstig erscheint. Die Leistung sinkt nach ihren Beobachtungen; allerdings müssen die lokalen Verhältnisse berücksichtigt werden. — Das gesamte großzügig angelegte Werk in allen Einzelheiten in einem Zuge durchzustudieren dürfte sehr zeitraubend sein; manchmal werden Vorkenntnisse vorausgesetzt (so bei der Darstellung der Physiologie der Sinnesorgane), die Verff. weisen geradezu daraufhin. Im höchsten Maße geeignet ist dieses Buch zum Nachschlagen und zum gründlichen Nachlesen von Einzelheiten. Es wird zu diesem Zweck gern von Angehörigen der verschiedensten medizinischen Disziplinen benutzt werden, vom Anatomen und Physiologen, der sich für die praktische Auswertung seiner Forschungsergebnisse interessiert, vom Internisten, vom Ophthalmologen und Otologen und vom Gerichtsmediziner; unentbehrlich ist es für den speziellen Arbeitsmediziner und den Werksarzt. B. MUELLER (Heidelberg)

● **Handbuch der gesamten Arbeitsmedizin.** In fünf Bänden. Hrsg. von ERNST W. BAADER. Unter Mitwirkung von GUNTHER LEHMANN, HANS SYMANSKI u. HEINRICH WITIGENS. Bd. 2: Berufskrankheiten Teilbd. 1 u. 2. Hrsg. von ERNST W. BAADER. Unter Mitarb. von REMMER ANDREESSEN, HUBERT ANTWEILER, ERNST W. BAADER u. a. Berlin-München-Wien: Urban & Schwarzenberg 1961. Teilbd. 1: XXIII, 718 S., 119 Abb. u. 11 Taf.; Teilbd. 2: XIV, 718 S., 249 Abb. u. 7 Taf. 2 Bde zus. geb. DM 475.—; Subskriptionspreis DM 380.—.

Der zweite Band des Werkes, redigiert von BAADER und gegliedert in zwei Teilbände, befaßt sich mit den *Berufskrankheiten*. Mitgearbeitet haben 52 Wissenschaftler, die nicht alle aufgezählt werden können. Nach einführenden Darlegungen (BAADER), in denen auch die Geschichte der Entstehung der MAK-Werte erörtert wird, schildern H. BUSS, Basel, und F. KOELSCH, Erlangen, die Geschichte der Erforschung der Berufskrankheiten mit Wiedergabe der Porträts bekannter deutscher und ausländischer Arbeitsmediziner. In dem Überblick über die internationale Gesetzgebung, verfaßt von K. KOETZING, Bonn, wird unterschieden zwischen dem *Listensystem*, das in Europa vorherrscht, dem *gemischten System*, nach welchem auch Krankheiten entschädigt werden können, die in der Liste nicht enthalten sind, und dem System der *globalen Deckung*; hier wird der Begriff der Berufskrankheit allgemein definiert, ohne daß bestimmte Krankheiten genannt werden; es besteht in vielen Staaten der USA und neuerdings auch in Schweden. In der Bundesrepublik haben wir zur Zeit 47 listenmäßige Berufskrankheiten (Teilband 2, S. 679). Die Darstellung von *Berufsmerkmalen* (D. SCHÜRMAN, Wiesbaden) wird gerichtsmedizinisch besonders interessieren (Melkerschwielen, Schwielen der Landbriefträger, das Gesicht des Glasbläasers, Epilation und Follikulitis am linken Unterarm eines Wachskerzen-Arbeiters). Folgende Einzelheiten seien herausgegriffen: Bei der Schilderung der gewerblichen Bleivergiftung (V. LACHNITZ-Wien) wird ein *Blutbleispiegel* von 5—30 γ -% als normal, ein Blutbleispiegel von 60 γ -% als kritische Grenze angesehen; 100—120 γ -% Blei im Blut sind die oberste Grenze bei nicht bleiexponierten Menschen. Die Angaben im Schrifttum schwanken erheblich. Die Untersuchungstechnik wird nicht näher geschildert; erwähnt wird neben der spektrographischen Methode die Dithizon-Methode. Daß man sich durch Umgehen mit sog. *Bleibenzin* eine Intoxikation zuziehen kann, gilt als nicht erwiesen. Bezüglich des *Kohlenoxyds* stellt sich H. PETRY, Hamburg-Volksdorf, auf den Standpunkt, daß eine Gefährdung des Kraftfahrers nur unter ganz besonderen Umständen möglich ist; von einer generellen Gefährdung der Stadtbevölkerung kann nicht die Rede sein; die Verdünnung der Motorabgase geht erstaunlich schnell vor sich. Bei Rauchern können bis

zu 14% CO-Hb gefunden werden, wenn aber ein Polizist in der Großstadt 30% CO-Hb aufweist, so ist dies pathologisch. Bei Darstellung der Methode wird auch die Testfleckenmethode erwähnt. Gewerbliche Gefährdungen durch E 605 werden verhältnismäßig kurz dargestellt (O. KLIMMER-Bonn). Die Schädigung durch Kunststoffe behandelt in kurzer und prägnanter Form F. KOELSCH-Erlangen, die Luftfahrtmedizin, soweit sie in den Rahmen dieses Werkes hineinfällt, S. RUFF-Bad Godesberg. Der Teilband I schließt mit der Darstellung der Erkrankungen in Bergeshöhen, der Zoonosen, der Tuberkulose und der Virus-Hepatitis als Berufskrankheit. Der 2. Teilbd. beginnt mit dem Kapitel „Schädigungen durch *Strahlenenergien*“ aus der Feder des Leiters der Abteilung für Strahlenbiologie und Isotopenforschung am Strahleninstitut der Universität Marburg, Prof. GRAUL. In vielleicht etwas „simplifizierender“, wie Verf. sich selbst ausdrückt, aber für den Arzt ohne Vorkenntnisse verständlicher Form werden in der Einleitung die Grundlagen dargestellt, wobei sich herausstellt, daß in dieser Beziehung zwischen Chemie, Physik, Biochemie und Biologie überall fließende Übergänge bestehen. Die Wirkung der Strahlen auf die einzelnen Gewebe und Organe wird geschildert, das *Strahlensyndrom* im ganzen besteht in Erbrechen, Abnahme der Lymphocyten innerhalb der ersten Stunde, Abnahme der Granuloocyten, Blutplättchenreduktion, Appetits- und Gewichtsverlust, Abgeschlagenheit und Teilnahmslosigkeit, sowie in Bluteindickung; später sinkt das Hämoglobin, es kommt zu Durchfällen und Ulcerationen, der Tod pflegt zwischen dem 7. und 20. Tage einzutreten. Unter Voranstellung von technischen und physikalischen Vorbemerkungen werden die Auswirkungen von *elektrischen* Unfällen von S. KOEPPEN-Wolfsburg beschrieben, dessen Forschertätigkeit auf diesem Gebiet bekannt ist. In einer übersichtlichen Tabelle werden die Früh- und Spätfolgen unter kritischer Darlegung der Diagnostik geschildert. Einen wesentlichen Hauptteil dieses Teilbandes nimmt die Darstellung der *Staublungenerkrankungen* mit allen ihren Abarten ein; es folgen Abschnitte über die Berufskrebse, die meldepflichtigen Hautkrankheiten, die Schäden durch Benutzung von Preßluftwerkzeugen, die Aufbrauch- und Abnutzungskrankheiten (Tendovaginitis, Epikondylitis, Arthrosis usw.), die Schipperkrankheit, die Darstellung der Meniskusschäden bei Bergleuten, der chronischen Erkrankungen der Schleimbeutel und Gelenke, der Drucklähmungen der Nerven und des Augenzitterns der Bergleute, danach je ein Abschnitt über die Linsen- trübungen bei Vergiftungen, über Augenschädigungen durch Chinone, insbesondere durch das Hydrochinon, über Säureschäden der Zähne und über Lärmschwerhörigkeit. Die pathologische Anatomie der Staublungenerkrankungen, der Meniskusveränderungen und der Berufskrebse schildert DE BIASI-Bochum mit einigen Hinweisen auf die Begutachtung. — Bei der großen Anzahl der Mitarbeiter war nicht zu erreichen, daß gewisse Überschneidungen vermieden wurden; auch hat jeder der Verf., wie man es nicht anders erwarten kann, seine eigenen Auffassungen zur Geltung gebracht. Ausgesprochene Widersprüche hat Ref. nicht gefunden. Die beiden vorliegenden Halbbände werden wahrscheinlich noch mehr Fächer interessieren als der erste Band; sie bieten Wertvolles für den Chirurgen, Internisten, Neurologen, Otologen, Ophthalmologen, Toxikologen, Gerichtsmediziner und ganz besonders für den Arzt, der als Arbeitsmediziner, sei es hauptamtlich, sei es nebenamtlich tätig ist.

B. MUELLER (Heidelberg)

- **K. Siebert: Arzt und Jugendarbeitsschutzgesetz.** Ein Taschenbuch mit Berufskunde. Mit einer Einführung von K. KOETZING. Berlin: W. de Gruyter & Co. 1961. 159 S. Geb. DM 12.—.

Verf. ist Direktor des Landesinstituts für Arbeitsmedizin in Berlin; das preiswerte Büchlein stellt einen Kommentar zum Gesetz zum Schutze der arbeitenden Jugend vom 9. 8. 60 (BGBl. I, S. 665) und zur Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 9. 8. 60 (BGBl. I, S. 665) für den Gebrauch des untersuchenden praktischen Arztes dar. Verf. hat sich geradezu liebevoll den Bedürfnissen des Praktikers angepaßt, dem durch diese Verordnung eine wichtige sozial-hygienische Aufgabe zugefallen ist. In dem Abschnitt Berufskunde werden in übersichtlicher Tabellenform die Gefährdungsmöglichkeiten der einzelnen Berufe skizziert. Die Liste der Berufskrankheiten ist nach dem neuesten Stande wiedergegeben. Ein Verzeichnis der gesetzlichen Bestimmungen, die Beschäftigungsverbote Jugendlicher für bestimmte Arbeiten enthalten, hat 38 Nummern, ein Zeichen dafür, daß es auch dem fachlich Interessierten nicht ganz leicht fallen dürfte, sich durch das Gestrüpp der gesetzlichen Bestimmungen durchzufinden. Dem Buch ist weite Verbreitung zu wünschen.

B. MUELLER (Heidelberg)

- **Kassenarztrecht auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen und der Rechtsprechung dargestellt und erläutert von Gustav W. HEINEMANN und ROLF LIEBOLD**

4., veränd. Aufl. Mit d. 9. Ergänzungsflg. Stand: Februar 1961. Bd. I. Berlin: Engel-Verlag Dr. Kurt Engel 1961. 188 S. DM 20.—

Im Mittelpunkt dieser Lieferung steht der Bundesmantelvertrag für Ärzte [BMV (Ä)]; er wurde abgeschlossen zwischen der Bundeskassenärztlichen Vereinigung und den Bundesverbänden der Orts- und Landkrankenkassen, sowie der Innungskrankenkassen und der Betriebskrankenkassen. Dieser Vertrag regelt den kassenärztlichen Dienst, und zwar im großen und ganzen nach den bisherigen Gepflogenheiten. In einer Bestimmung wird festgestellt (entsprechend den Vorschriften des BGB), daß der Kassenarzt die Dienste persönlich zu leisten hat, er kann Erfüllungsgehilfen einsetzen, haftet aber für deren Fahrlässigkeit genauso wie für die eigene. Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit soll im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Krankenkasse besonders sorgfältig erfolgen. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung soll nur ausgestellt werden auf Grund von objektiv erhobenen Befunden, gewisse Ausnahmen sind natürlich zulässig. Wenn der Kranke dazu in der Lage ist, ist er verpflichtet, den Kassenarzt aufzusuchen. Ist dies nicht möglich, so müssen Hausbesuche erfolgen. Der Facharzt soll in der Regel Hausbesuche nicht durchführen, es sei denn, daß er als Konsiliarius hinzugezogen wird. Abgedruckt ist weiterhin die „Prüfungsordnung“ für die kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. Unter Prüfungsordnung werden jene Vorschriften verstanden, nach denen die kassenärztliche Abrechnung überprüft werden soll.
B. MUELLER (Heidelberg)

● **W. und H. Winkelmann: Taschenbuch zur ärztlichen Begutachtung in der Arbeiter- und Angestelltenversicherung.** 3., neubearb. Aufl. von HELMUT WINKELMANN unter Mitarb. von BRUNO BÖRNER. München: Johann Ambrosius Barth 1961. 208 S. DM 12.—

Die Aufgabe, die sich der Verf. (Sohn des Herausgebers der beiden ersten Auflagen) stellte, hat er sicher gut erfüllt. Das Büchlein soll ein Helfer sein sowohl für den in der Sozialversicherung als Gutachter tätigen, dann aber auch für den praktisch arbeitenden Arzt. Darüber hinaus soll es dem in Versicherungen und Behörden tätigen juristischen Verwaltungsbeamten zur Orientierung dienen. Klar und übersichtlich, wenn auch notwendigerweise kurz, werden im ersten Abschnitt die gesetzlichen Grundlagen und Entscheidungen wiedergegeben. Die gerade auf diesem Gebiete in der Vorstellung des einzelnen oftmals nicht klaren Begriffe werden eindeutig definiert, ebenso wie die Verfahrensweisen bei der Begutachtung usw. erläutert werden. Unter anderen werden auch die Probleme der ärztlichen Schweigepflicht, der Gutachterausswahl, der Gutachtenform usw. besprochen. Die alphabetische Anordnung gewährleistet eine rasche Orientierung. Im zweiten Abschnitt werden die einzelnen Erkrankungen, ebenfalls in alphabetischer Anordnung, kurz erläutert, stets unter dem Gesichtspunkt versicherungsrechtlich bedeutsamer Faktoren. In einem dritten Teil werden die Heilverfahren abgehandelt, vor allem im Hinblick auf die Erfolgsaussichten. Abschließend richtet der Verf. einige Bitten an den Gutachter, die zwar an und für sich selbstverständlich sind, jedoch, wie die Erfahrung lehrt, immer wieder ins Gedächtnis zurückgerufen werden müssen. Insgesamt stellt das Büchlein eine sehr gute Möglichkeit der Orientierung dar. Allerdings wird es unumgänglich sein, sich im Einzelfalle an Hand der angeführten und weiterer Literatur eingehender in das jeweilige Problem zu vertiefen. Dem Verf. kam es aber offensichtlich darauf an, einen großen Personenkreis anzusprechen, dazu auch Laien, weshalb er sich notwendigerweise kurz fassen und allgemein verständlich ausdrücken mußte.
GUMBEL (Kaiserslautern)

● **Wolfgang Gercke: Prävention, Rehabilitation, Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten.** 2., erw. Aufl. München-Gräfelfing: Werk-Verlag Dr. Edmund Banaschewski 1961. 397 S. Geb. DM 26.80.

Über die erste Auflage dieses Buches hat RUDOLF KOCH in dieser Z. 47, 391 (1958) referiert. Daß schon jetzt eine neue Auflage erforderlich geworden ist, ist ein Zeichen für seine Wertschätzung. Man muß Verf. das Zeugnis ausstellen, daß er die weitverstreuten Bestimmungen und Entscheidungen souverän beherrscht. Das Buch bringt entsprechend den Forderungen der Zeit die Bestimmungen der Angestelltenversicherung und einer Anzahl von Landesversicherungsanstalten über Prävention und Rehabilitation, wobei die schon im Jahre 1958 ergangenen Empfehlungen der westeuropäischen Union zur Rehabilitation der Behinderten besonders berücksichtigt worden sind. Verf. setzt sich weiterhin mit den inzwischen in das Allgemeinwissen übergangenen Begriffen „Berufsunfähigkeit“ und „Erwerbsunfähigkeit“ im Sinne der Rentenversicherung auseinander. Er bringt einen Überblick über die Gesetze zur Neuordnung des

Rechts der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten. Auch die Tuberkulosebekämpfung im Rahmen der Sozialversicherung und der Arbeitsmedizin hat in diesem Buche ihren Platz. Vielen wird die Sammlung von Entscheidungen der früheren Oberversicherungsämter und der Sozialgerichte von besonderem Wert sein. Von Einzelheiten sei herausgehoben, daß nach Auffassung des LSG Berlin (S. 258) die Frage nach dem Grade der MdE nicht eine rein medizinische ist, sondern auch eine wirtschaftliche und juristische. Ein Sozialgericht, das von der Beurteilung des Arztes unter Mitberücksichtigung der nichtärztlichen Gesichtspunkte abweicht, überschreitet nicht die Grenzen seiner Zuständigkeit. Im Rahmen der Operationsduldungspflicht liest man, daß die sekundäre Sehnennaht der Strecksehne eines Fingers für nicht zumutbar erachtet wurde, weil das Gelingen dieser Operation ungewiß ist. Auch der Frau eines Landwirtes wurde nicht zugemutet, die Absetzung des rechten Ringfingers zu dulden. Auch nach der Auffassung des BSG kann eine Lumbalpunktion verweigert werden. — Es wird sich nicht ermöglichen lassen, daß der Medizinstudent dieses wertvolle Buch zur Vorbereitung auf die ärztliche Prüfung benutzt; dafür sind die Anforderungen an die Prüfung zu vielseitig. Der Dozent auf dem Gebiete der Versicherungsmedizin und ärztlichen Gesetzeskunde wird jedoch aus der Lektüre dieses Buches großen Nutzen ziehen. Darüber hinaus eignet es sich vorzüglich zum Nachschlagen für alle Ärzte, die Gutachten erstatten. B. MUELLER (Heidelberg)

- **Herbert Lauterbach und Hanns Podzun: Die gesetzliche Unfallversicherung.** 4. neubearb. Aufl. (Fortbildung u. Praxis. Hrsg.: MAX RICHTER. H. 14.) Bad Godesberg: Asgard-Verlag 1960. 128 S. DM 8.30.

Der eine der Verff. (LAUTERBACH) leitet den Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, der andere (PODZUN) ist stellvertretender Direktor einer Berufsgenossenschaft. Es handelt sich um eine erfreuliche, leicht zu lesende, nicht für den Gelehrten, sondern für den Praktiker geschriebene Monographie, die in 4. Auflage erscheint. In klarer Sprache werden die versicherungsrechtlichen Begriffe dem Leser vor Augen geführt. Beispiele für Zweifelsfragen werden gebracht und entschieden, die Grenzen der Wegeunfälle, wobei auch die Alkoholfrage kurz und treffend behandelt wird, das Heilverfahren mit der Tätigkeit des Durchgangsarztes, die Zumutbarkeit von Operationen und die Berufskrankheiten. Die bis jetzt vorliegenden Entscheidungen der SG und des BSG werden eingehend berücksichtigt.

B. MUELLER (Heidelberg)

- **Das Bundesversorgungsgesetz und seine Anwendung.** Bearb. von E. PÜLLMANN u. W. SAWUSCH. 6. Aufl. (Soziale Gesetzgebung u. Praxis. Hrsg.: KURT OTTO.) Essen: C. W. Haarfeld 1961. 1280 S. Im Lose-Blatt-System. DM 13.20

Jeder Arzt, der Gutachten erstattet, und auch jeder Arzt, der Literatur und Entscheidungen über das Versorgungswesen liest, hat das Bedürfnis, diese oder jene Bestimmung nachzuschlagen, die er im Text vorfindet. Der ständige Wechsel der Gültigkeit der gesetzlichen Bestimmungen und die Hochflut von neuen Gesetzen bringt es mit sich, daß die Textausgaben meist in kurzer Zeit veralten. Es ist daher sehr zu begrüßen, daß auch das Bundesversorgungsgesetz in einer Lose-Blatt-Ausgabe herausgebracht wurde; sie bringt den Text des BVG, die Bestimmungen über die Versorgung der ehemaligen Soldaten der Bundeswehr, einen Auszug aus dem Gesetz über den zivilen Ersatzdienst, das Bundesgesetz zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechtes in der Kriegsopferversorgung, das Heimkehrergesetz und das Gesetz über Hilfsmaßnahmen für Personen, die aus politischen Gründen in Gebieten außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik in Gewahrsam genommen wurden; zusätzliche Erlasse von Ministerien und Rundschreiben sind mit abgedruckt; die Ausgabe bringt auch einen Überblick über die Entscheidungen des BSG auf dem Gebiete des Versorgungswesens. Die Ausgabe wird gern benutzt werden, notwendig ist allerdings, daß der Besitzer sich die Ergänzungsblätter besorgt und sie sorgfältig einordnet.

B. MUELLER (Heidelberg)

- **Bundesversorgungsgesetz. Schwerbeschädigtengesetz, Unterhaltsbeihilfengesetz, Heimkehrergesetz, Kriegsgefangenenentschädigungsgesetz, Häftlingshilfengesetz sowie Durchführungs- und Verwaltungsvorschriften.** Textausgabe mit amtlichen Leistungstabellen und Sachverzeichnis. Ergänzungsflg. Juni 1961. (3. Ergänzungsflg. z. 7. Aufl.) München u. Berlin: C. H. Beck 1961. 114 S. Im-Lose-Blatt-System. DM 2.80.

Mit der neuen Ergänzungslieferung hat die Becksche Verlagsbuchhandlung die Textsammlung des Gesetzes über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz = BVG)

auf den Stand der Gesetzgebung vom 20. 6. 1961 gebracht. Berücksichtigt sind das Änderungsgesetz zum BVG vom 20. 4. 1961 (s. BGBI I S. 443) und ferner eine Reihe von Durchführungsverordnungen (DVO zu § 13 BVG vom 6. 6. 1961; DVO zu § 31, Abs. 5 BVG vom 17. 4. 1961; DVO zu § 33 BVG vom 11. 1. 1961) einschließlich der Verordnung zur Kriegsopterfürsorge (VO Nummer 23) vom 30. 5. 1961. — Anmerkung des Ref.: § 13 BVG regelt die Heilbehandlung und Versehrten-Leibbesübungen; § 31, 5 BVG die Höhe der Beschädigten-Grundrente (Schwerstbeschädigten-Zulage für erwerbsunfähige Beschädigte, die mit 130 Punkten der Stufe III = DM 60.— mtl. entsprechen); § 33 BVG regelt die Anrechnung von Einkommen auf die Ausgleichsrente.

MALLACH (Berlin)

● **Entscheidungen des Bundessozialgerichts.** Hrsg. von seinen Richtern. Bd. 13. H. 3/4. Köln u. Berlin: Carl Heymanns 1961. S. 129—256.

Ein Motorradfahrer fuhr mit einem Blutalkoholgehalt von 1,44⁰/₁₀₀ in Dunkelheit von der Arbeit nach Hause; er fuhr einen Fußgänger an, der rechts ein Fahrrad, das nicht beleuchtet war, auf dem Bürgersteig vor sich herschob. Der Motorradfahrer stürzte, wurde schwer verletzt und starb einige Zeit später. Die Berufsgenossenschaft versagte die Zahlung der Witwen- und Waisenrente. Eine Klage beim Sozialgericht hatte Erfolg. Das Landessozialgericht hob jedoch das Urteil wieder auf. Das BSG gab der Revision statt und ordnete weitere Erörterungen an. Der Senat ist nach wie vor der Auffassung, daß ein Motorradfahrer mit einem Blutalkoholgehalt von 1,39⁰/₁₀₀ und mehr unbedingt fahruntüchtig ist, damit hat er sich aber noch nicht vom Betriebe „gelöst“. Dies wäre erst der Fall gewesen, wenn er einen Vollrausch hätte, wenn er überhaupt nicht mehr hätte fahren können. Die unbedingte Fahruntüchtigkeit genügt nicht für die Feststellung, daß eine Entschädigung der Berufsgenossenschaft nicht gezahlt zu werden braucht. Es muß vielmehr auch in solchen Fällen untersucht werden, ob der Unfall auf Alkoholeinfluß zurückzuführen ist. Dies mußte das Landessozialgericht nachholen (die Auffassung des BSG über die sog. absolute Fahruntüchtigkeit entspricht also nicht völlig der Auffassung des BGH. Trotz absoluter Fahruntüchtigkeit muß noch erörtert werden, ob Kausalzusammenhang zwischen der Alkoholbeeinflussung und dem Unfall besteht. — Ref.) Urteil des 5. Senates vom 1. 12. 1960, AZ 5 RKn 21/58, Nr. 44, S. 172 — Ein Versicherter starb an Krebs und Slikose. Es entstanden Schwierigkeiten wegen der Beurteilung. Nach der Auffassung des Senats ist die Berufsgenossenschaft dann leistungs verpflichtet, wenn festgestellt werden kann, daß der Tod auch ohne die übrigen Leiden (das wäre hier der Krebs) schon allein durch die Berufskrankheit spätestens nach 1 Jahr eingetreten wäre. Dem LSG wurden die entsprechenden Erwägungen aufgelegt. Urteil des 5. Senates vom 1. 12. 1960, AZ 5 RKn 66/59, Nr. 45, S. 175 — Ein Versicherter ging zum Lohnbüro, um einen Fehler bei der Lohnabrechnung geltend zu machen, dabei erlitt er einen Unfall, dessen Entschädigung die Berufsgenossenschaft ablehnte. Das BSG ist der Auffassung, daß auch bei solchen Unfällen die Berufsgenossenschaft leistungs verpflichtet ist. Urteil des 5. Senates vom 1. 12. 1960, AZ 5 RKn 69/59, Nr. 46, S. 178 — Verschlimmert sich eine von Kindheit an bestehende Tuberkulose unter dem Einfluß erheblicher Anstrengungen bei der Arbeit, so wird diese Tuberkulose nicht dadurch zu einer Berufstuberkulose, daß diese Arbeit in einem Krankenhausbetrieb erfolgte. Entscheidung des 2. Senates vom 14. 12. 1960, AZ 2 RU 7/58, Nr. 52, S. 214 — Ein Radfahrer mit einem Blutalkoholgehalt von 2,15⁰/₁₀₀ veranlaßte einen Verkehrsunfall und erhielt wegen fahrlässiger Verkehrsgefährdung eine Gefängnisstrafe von 2 Wochen. Die Krankenkasse lehnte eine Bezahlung der Krankenhauskosten ab mit der Begründung, es handele sich um ein vorwerfbares Verhalten des Versicherten; die Kosten übernahm zunächst das Fürsorgeamt. Das BSG trat dieser Auffassung jedoch nicht bei und verurteilte die Krankenkasse zur Übernahme der Kosten. Urteil des 3. Senates vom 16. 12. 1960, AZ 3 RK 50/60, Nr. 58, S. 240 — Eine Arbeitnehmerin wurde nach überstandener Typhuserkrankung Ausscheiderin von Typhusbacillen. Es gelang ihr nicht, in Arbeitsstellen unterzukommen, obwohl sie sonst voll leistungsfähig war. Es wurde aber geltend gemacht, in den für sie in Frage kommenden Stellen sei es nicht möglich, einen besonderen Abort für sie bereitzustellen, sie könne auch nicht immer eine Schüssel mit Desinfektionsflüssigkeit bei sich tragen. Das LSG erkannte an, daß sie damit berufs- und erwerbsunfähig im Sinne der Krankenversicherung sei. Das BSG bemängelte, daß diese Feststellungen ohne Zuziehung eines ärztlichen Sachverständigen erfolgt seien. Die Vorschriften des ehemaligen Reichsinnenministeriums müßten berücksichtigt werden. Die Zahlung der Rente sei zwar nicht ausgeschlossen, es müsse aber besonders überprüft werden, ob die Arbeitnehmerin nicht doch in einem Arbeitsplatz unterkommen könnte. Entscheidung des 4. Senates vom 20. 12. 1960, AZ 4 RJ 118/59, Nr. 62, S. 255.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Entscheidungen des Bundessozialgerichts.** Hrsg. von seinen Richtern. Bd. 13. H. 5. Köln u. Berlin: Carl Heymanns 1961. XX, S. 257—300.

Eine Frau litt an epileptischen Anfällen und beehrte Versorgung. Die Anfälle waren darauf zurückzuführen, daß sie als 2jähriges Kind einen Unfall erlitten hatte; als ihre Mutter nach Abschluß des Fliegeralarms ermüdet aus dem Luftschuttkeller zurückkehrte und, mit Gepäck behängt, die Flurtür öffnen wollte, entglitt ihr das Kind und schlug mit der Stirn gegen einen Mauervorsprung auf. Beim Fliegeralarm handelt es sich nicht um eine Maßnahme, wie um eine allgemeine Verdunkelung, es liegt vielmehr ein Zusammenhang mit Kampfhandlungen oder ihrer Vorbereitung vor. Versorgungsanspruch wurde daher grundsätzlich vom BSG bejaht. Entscheidung des 11. Senates vom 18. I. 1961, AZ 11 RV 764/60, Nr. 67, S. 272. — Mit diesem Heft schließt Band 19 der Entscheidungen; beigegeben sind Titelblatt, Inhalts- und Abkürzungsverzeichnis.

B. MUELLER (Heidelberg)

C. Dierkes: Der gegenwärtige Stand der Gesetzgebung über Arbeitsschäden und Berufskrankheiten unter Berücksichtigung der internationalen Verhältnisse. [24. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicher., Versorg.- u. Verkehrsmed., Lindau, 30. V. bis 1. VI. 1960.] Hefte Unfallheilk. H. 66, 269—274 (1961).

Die gesetzlichen Grundlagen für die Entschädigung von Berufskrankheiten in den verschiedenen Ländern lassen zwei Grundgedanken erkennen: entweder wird eine Liste der als Entschädigungspflichtig anzuerkennenden Erkrankungen zugrunde gelegt, oder es wird die Frage der Verursachung durch betriebliche Tätigkeit geprüft.

SCHRÖDER (Hamburg)

Max Kohlhaas: Das Jugendarbeitsschutzgesetz und der praktische Arzt. Z. ärztl. Fortbild. 50, 625—631 (1961).

Verf., Bundesanwalt in Karlsruhe, kommentiert das Gesetz vom ärztlichen Standpunkt aus. Aus seinen Ausführungen sei folgendes hervorgehoben: Der Lehrvertrag kann zwar ohne ärztliche Untersuchung abgeschlossen werden, jedoch darf mit der Ausbildung vor Durchführung der ärztlichen Untersuchung nicht begonnen werden. Die Frage der Nachuntersuchungen ist im Gesetzestext genau geregelt, ebenso die Mitteilungspflicht des Arztes an den Sorgeberechtigten und an den Arbeitgeber. Wenn andere Ärzte späterhin Nachuntersuchungen durchführen, so ist der erstuntersuchende Arzt verpflichtet, die damals erhobenen Befunde herauszugeben, ebenso der Amtsarzt, falls er eine der Untersuchungen vorgenommen hat. Strafbestimmungen, die speziell für den Arzt gelten, sind im Gesetz nicht enthalten; immerhin haftet der Arzt strafrechtlich und zivilrechtlich, falls zufolge zu oberflächlicher Untersuchung ein Unglück passieren sollte.

B. MUELLER (Heidelberg)

M. A. Schmid: Unfall- und Versicherungsmedizin. (Überblick.) [Chir. Abt., Krankenh., München-Schwabing.] Münch. med. Wschr. 103, 1166—1171 (1961). Übersicht.

Th. Siebeck: Begriffe der Sozialversicherung und ärztliche Versorgung. Med. Sachverständige 56, 1—6 (1960).

Herbert Lauterbach: L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni nella repubblica federale di germania. Riv. Infort. Mal. prof. 1961, 12—39.

H. Hohl: Die Aufgabe des Arztes in der Eidg. Invalidenversicherung. [46. Jahresvers., Schweiz. Ges. f. Unfallmed. u. Berufskrankh., Zürich, 28.—29. X. 1960.] Z. Unfallmed. Berufskr. 54, 57—69 (1961).

Es handelt sich um eine allgemeine und obligatorische Volksversicherung, die verwaltungstechnisch eng mit der seit 13 Jahren bestehenden Alters- und Hinterlassenenversicherung verbunden ist. Die Kosten werden pro Jahr auf 150 Millionen Franken geschätzt (bei einer Einwohnerzahl von etwa 5,2 Millionen). Sie werden zur Hälfte von den Versicherten und den Arbeitgebern übernommen, zur Hälfte von Bund und Kantonen. Zweck der Versicherung: Schutz vor wirtschaftlichen Folgen der Invalidität körperlicher oder geistiger Art, gleichgültig ob angeboren oder durch Krankheit bzw. Unfall entstanden. Das Schwergewicht liegt auf der Wiedereingliederung des Invaliden in den Arbeitsprozeß. Die medizinischen Maßnahmen beschränken sich dabei auf solche, die unmittelbar auf die Eingliederung gerichtet sind. Neben den medizinischen spielen die beruflichen Maßnahmen wohl eine bedeutendere Rolle. Heilbehandlung geht nicht zu Lasten der Versicherung. Eine Rente wird nur verabfolgt, wenn

die Eingliederung allen Bemühungen zum Trotz nicht mehr möglich ist, d. h. eine Invalidität von mindestens 50% bestehen bleibt. Die Anmeldung zur Versicherung erfolgt auf Grund eines Fragebogens, den der behandelnde oder der konsultierte Arzt auszufüllen hat. Der Fragebogen muß Auskunft geben über Vorgeschichte, Ursache und Dauer des Leidens, erbliche Krankheiten und Anlagen und über die eigentliche Invalidität. Auf Grund dieser Unterlagen wird der Einzelfall von der Kantonalen Invalidenkommission, in welcher auch ein Arzt sitzt, beurteilt. Die Orientierung des angehenden schweizer Arztes in bezug auf Sinn und Auswirkung des Gesetzes und in bezug auf die ärztlichen Pflichten bei der Ausfüllung des Fragebogens ist notwendig.
SCHWARZ (Zürich)

J. H. R. van der Pas: Sozialversicherungsreform in Holland. Med. Sachverständige 57, 78—81 (1961).

In Holland besteht die Absicht, die Sozialversicherung zu reformieren. Die drei Unfallgesetze sollen abgeschafft, das Invaliditätsgesetz soll durch ein neues ersetzt werden, das vier Gruppen kennen soll und zwar 0—25% Invalidität keine Rente, 25—50% Invalidität 20% des Tageslohnes, 50—75% Invalidität 45% des Tageslohnes, 75—100% 70% des Tageslohnes. Außerdem soll ein Arbeitsunfähigkeitsgesetz für alle Arten der Arbeitsunfähigkeit durch Krankheiten und durch Unfälle geschaffen werden. Gleichzeitig soll der Aussteuerungstermin für die Krankenversicherung auf 26 Wochen herabgesetzt werden. Verf. ist außerdem der Ansicht, daß die Bemessung der Invalidität nicht zu der Tätigkeit des ärztlichen Gutachters gehört. Der ärztliche Sachverständige könne nur feststellen, 1. was ein Versicherter infolge von Krankheit und Gebrechen nicht mehr leisten kann oder darf, 2. was ein Versicherter trotz alledem mit seinem resistierenden Arbeitsvermögen noch wohl leisten kann oder darf.

TRUBE-BECKER (Düsseldorf)

RVO § 1267 (Infektionskrankheit als Gebrechen). Eine langwierige Infektionskrankheit (z. B. Lungentuberkulose) kann ein Gebrechen sein. [BSG, Urt. v. 2. III. 1961; 4 RJ 198/59, SG. Nürnberg.] Neue jur. Wschr. A 14, 987 (1961).

Es waren Zweifel darüber entstanden, ob bei einer Lungentuberkulose, deren Ausheilung zeitlich nicht abzusehen ist, die aber irgendwann doch auszuheilen pflegt, Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit, im Sinne der Rentenversicherung festgestellt werden kann, so lange die Prognose nicht zu übersehen ist. Wenn die Tuberkulose zu den Gebrechen zählt, wie das BSG entschieden hat, kann sie ohne weiteres als Grundlage für die Feststellung einer Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit angesehen werden.
B. MUELLER (Heidelberg)

RVO § 542 (Lungentuberkulose als Berufskrankheit). Die Lungentuberkulose einer Sprechstundenhilfe ist auch dann als Berufskrankheit gem. Nr. 39 der Anlage zur V. Berufskrankheitenverordnung anzuerkennen, wenn die Ansteckung durch die selbst nicht behandelte, offentuberkulöse Ehefrau eines Patienten erfolgt ist, mit der die Sprechstundenhilfe aber als Begleiterin des Arztes bei häufigen Hausbesuchen des schwerkranken, behandlungsbedürftigen Ehemannes in Erfüllung ihrer beruflichen Obliegenheiten in engere Berührung gekommen ist. [LSG Bremen, Urt. v. 17. XI. 1960; LU 28/60.] Neue jur. Wschr. A 14, 991 (1961).

SGG §§ 51, 54; RVO §§ 368, 368 n; Ersatzkassenvertrag v. 12. V. 1950 (Rechtsnatur der Entscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigung.) Die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung über die Beteiligung an der Ersatzkassenpraxis ist ein Verwaltungsakt. Streitigkeiten über die Beteiligung eines Arztes an der Ersatzkassenpraxis sind daher — als Klagen auf Aufhebung oder Vornahme eines Verwaltungsaktes — öffentlichrechtliche Streitigkeiten. Streitigkeiten über die Beteiligung an der Ersatzkassenpraxis gehören zu den Angelegenheiten, die auf Grund der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen (Kassenarztrecht) zu entscheiden sind (§ 51 Abs. 2 Satz 1 SGG); für sie ist deshalb der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. [BSG, Urt. v. 30. X. 1959; 6 RKa 8/59, München.] Neue jur. Wschr. 14, 402—406 (1960).

Siegfried Häussler: Gesundheitsvorsorge durch den Kassenarzt. Hippokrates (Stuttgart) 32, 497—501 (1961).

K. Idelberger: Die Begutachtung von Wirbelsäulenkrankheiten. [Orthop. Univ.-Klin., Gießen.] Öff. Gesundh.-Dienst 21, 513—522 (1960).

K. Link: Zur Frage: Chronische Leukämie und Unfall. [Prosekt. d. Nerv.-Krankenh. u. Ärztl. Abt. d. Staatl. u. Gemeindl. Unfallvers. d. Landes Bayern, Haar bei München.] Mschr. Unfallheilk. 64, 167—172 (1961).

Die Begutachtung eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen einer Krankheit und einem entschädigungspflichtigen Arbeitsunfall bereitet häufig Schwierigkeiten. Dies gilt besonders dann, wenn der Zusammenhang zwischen einem Betriebsunfall und einer chronischen Leukämie behauptet wird. Verf. beschreibt einen 44jährigen Straßenwärter, der nach einer „Anstrengung“ und „Anstoßen“ durch einen anderen stechende Schmerzen unterhalb des linken Rippenbogens verspürte. Zwei Jahre danach kam es zum Exitus „unter den Erscheinungen hochgradiger Anämie und Kachexie“. Die Ehefrau behauptete, der Tod sei Folge einer traumatisch bedingten Verletzung der Milz, 2 Jahre vor dem Tode erlitten. Bei der Leichenöffnung wurde eine chronische myeloische Leukämie festgestellt. Verf. stellt fest, daß ein Zusammenhang nicht gegeben ist; denn 1. hat nicht einwandfrei ein äußeres Unfallereignis stattgefunden; 2. hat dieses Ereignis nicht eindeutig eine körperliche Schädigung umschriebener oder allgemeiner Art hervorgerufen. Auch die übrigen Forderungen, die bei der Anerkennung eines Unfallzusammenhanges gefordert werden, sind nicht erfüllt. — Das Unfallereignis kann im zitierten Fall ebenso wie in ähnlich gelagerten Gutachtenfällen nur als Gelegenheitsursache angesehen werden.

E. TRUBE-BECKER (Düsseldorf)

K. H. Hackethal: Das Messen in der Unfallbegutachtung. [24. Tagg., Dtsch. Ges. für Unfallheilk., Versicher.-, Versorg.- u. Verkehrsmed., Lindau, 30. V.—1. VI. 1960.] Hefte Unfallheilk. H. 66, 189—205 (1961).

Nach einem geschichtlichen Rückblick auf die Ansichten antiker Persönlichkeiten (HIPPOKRATES: „Das medizinische Maß ist nicht eine Zahl oder ein Gewicht, sondern ein Gefühl“, dagegen POLYKLET: „Messung als Grundlage der Bildhauerei“ bringt Verf. einen kurzen Hinweis auf die Autoren, die über Meßtechnik in der Medizin geschrieben haben (ohne Literaturangaben). Trotzdem liegt nach Ansicht des Verf. im Hinblick auf das Messen noch vieles im Argen: „Es wird zu wenig und zu ungenau gemessen“. Die chirurgisch-orthopädische Messung bildet den Hauptteil der Ausführungen des Verf. Trotz des Vorranges der Messung sei die Schätzung unentbehrlich. An Hand von Tabellen gibt Verf. zunächst ein Schema der Taktik der Hautmarkierung: 1. Orientierende Palpation, eventuell unter Bewegung des Skelettpunktes und unter Hautverziehung, 2. definitive Palpation in richtiger (Skelet-)Haltung und ohne Hautverziehung, 3. Markierung durch Punkt oder schmalen Strich, 4. Kontroll-Palpation (eventuell ohne Korrektur der Markierung. — Wichtig ist die Auswertung der Messung. Der festgestellte Meßwert gewinnt in der Regel erst durch den Vergleich mit einem „normalen“ Meßwert, besonders durch Feststellung einer Differenz zwischen beiden praktisches Interesse. Eine Meßskala wird vorgeschlagen als Richtschnur der Begutachtung („Meßbögen“). Die Bewertung wird in Prozenten (unter 10%, 10, 30, 50, 70, 90, 100%, nicht, nicht wesentlich, gering, leicht, mittelstark, stark, sehr stark, total) ausgedrückt. Es folgen Erläuterungen „Erlanger Meßbögen“, die zu ausführlich für dieses Referat sind. Hinsichtlich der Besprechung der Längen- und Umfangmessung verweist Verf. auf ein demnächst erscheinendes Buch: „HACKETHAL, Meßtechnik“ (bei Springer). Weiterhin erörtert Verf. die Bewegungsmessung im Gegensatz zu der Haltungsmessung. Die Stellung der Gelenkflächen bezeichnet er in den folgenden Ausführungen als „wahre Gelenkstellung“, die der Gelenkhebel als „funktionelle Gelenkstellung“. Die direkte Gelenkmessung der wahren Gelenkstellung ist nur durch Röntgenologie und auch hier nur approximativ möglich (außer durch Biopsie oder Autopsie). Durch klinische Gelenkmessung ist nur die funktionelle Gelenkstellung feststellbar. Verf. gibt weiter zahlreiche Gesichtspunkte hinsichtlich der Messungen am Körper und der Beweglichkeit bzw. fixierten Stellung der Gelenke an, sowie eine Reihe von Apparaten, die eine möglichst genaue Feststellung der für unfall- oder gerichtsmedizinische Begutachtung wichtigen Gesichtspunkte ermöglichen. — Aus der gründlichen Arbeit (ohne Literaturangaben) ist ersichtlich, daß die bisher wohl fast überall geläufige Untersuchung auf die fraglichen Unfallfolgen für den nicht spezialistisch ausgebildeten und geübten Untersucher und Gutachter sehr mangelhaft

ist und sehr oft zu irrtümlichen Feststellungen (auch z. B. hinsichtlich der Schätzung des Schmerzensgeldes und der Haftung) führt. WALCHER (München)

W. Schüttmann: Ärztliches Gutachterwesen. Gutachten Nr. 1147/59. Hepatitis epidemica bei einem HNO-Arzt. [Obergutachtenkomm. d. Akad. f. Sozialhyg., Arbeits- u. ärztl. Fortbild., Berlin-Lichtenberg.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 16, 624—630 (1961).

Die Anerkennung einer Hepatitis epidemica eines poliklinisch tätigen Arztes als Berufs-krankheit wird verneint, da unter den von ihm behandelten Patienten keine Fälle einer Hepatitis epidemica nachgewiesen werden konnten. Die Vermutung einer Infektion durch einen nicht näher bekannten hochinfektiösen Patienten im präakterischen Stadium reicht allein nicht zur Anerkennung der Berufskrankheit aus. Eine „allgemein überdurchschnittliche Gefährdung“ entbindet nicht von dem geforderten Nachweis der Infektion im Einzelfalle (VO über die Melde- und Entschädigungspflicht bei Berufskrankheiten, GBl I 1958, 1—3 und 114), z. B. durch Angabe einer oder mehrerer Infektionsquellen und Nachweis ausreichenden Kontaktes mit diesen innerhalb der Inkubationszeit. — Fragliche Herzerkrankungen nach Brustkorbtrauma: Nach einem Betriebsunfall fand sich neben anderen Folgen nach einigen Tagen eine „völlige Arrhythmie des Herzrhythmus“, die zuerst als Folge des Unfalls angesehen wurde. Die Zweitbegutachtung ergab das Vorliegen eines angeborenen Vorhofseptumdefektes, der keine Beziehungen zu dem Unfall hat. — Bluthochdruck nach chronischer Kohlenoxydexposition: Der Versicherte hat 23 Jahre (bis 1945) verantwortlich im Grubenrettungs- und -sicherungswesen gearbeitet. Dabei hat er wiederholte, auch ambulant behandelte CO-Schädigungen nicht genau bekannten Ausmaßes erlitten. Seit 1955 ist ein Bluthochdruck bekannt. Da sich andere Symptome der chronischen CO-Schädigung nicht fanden, wird der Hochdruck nicht als Folge der chronischen CO-Vergiftung angesehen. Er läßt sich zwanglos als altersbedingt erklären. Im übrigen wird zunehmend ein Zusammenhang zwischen chronischer CO-Vergiftung und Entwicklung eines Hochdruckleidens abgelehnt. WINTER (Greifswald)

C. Simonin: Réparation civile et réparation par la sécurité sociale d'un accident de trajet causé par un tiers. [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, 13. IV. et 8. VI. 1959.] Ann. Méd. lég. 39, 580—582 (1959).

J. Lukáči: Die Wichtigkeit der Leichenöffnung bei tödlichen Arbeitsunfällen. Soudni lék. 4, 115—119 mit dtseh., franz. u. engl. Zus.fass. (1959). [Slowakisch.]

Aldo Franchini: Valore e significato del primo certificato medico di infortunio sul lavoro. (Wert und Bedeutung des ersten ärztlichen Berichtes bei Arbeitsunfällen.) [Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Padova.] Riv. Infort. Mal. prof. 1961, 70—82.

Es handelt sich um eine Vorlesung, die der Verf. in einem Ergänzungskurs für praktische Ärzte gehalten hat. Nach den italienischen Unfallversicherungsgesetzen — wie in anderen Ländern — spielt der erste ärztliche Bericht eine große Rolle. Der Verf. zitiert und erklärt die Texte der italienischen Gesetze für Industrie- und Landwirtschafts-Arbeitsunfälle. Er erörtert und erklärt die Begriffe über Gewaltursache, über Arbeitsgelegenheit und über Schadenfolge. In Beziehung auf die korrekte Erstellung des ersten ärztlichen Berichtes, der praktisch eine Pflicht des Arztes ist, besteht der Verf. auf der Bedeutung und der Wichtigkeit, daß dieser Bericht besonders in der Beschreibung der Verletzung und Beschädigung ganz genau sei: „Später ist wichtiger für den gerichtsmedizinischen Sachverständigen die genaue Beschreibung der Verletzungen mit einer falschen Diagnose, als eine genaue Diagnose der Verletzungen, aber ohne objektive Daten“. Zuletzt erörtert der Verf. die Pflicht des Arztes auch das eventuelle Vorhandensein bei dem Verunglückten anderer vorherbestehender Krankheiten oder somatischen Beschädigungen im ersten Bericht zu beschreiben. Nach dem italienischen Unfallversicherungsgesetz ist die Anwesenheit von nebenursächlichen Faktoren kein Grund, um die Entschädigung für den Verunglückten zu verkleinern oder auszuschließen, weil die Entschädigung den ganzen Schaden ersetzen muß. V. d'ALOYA (Venezia)

Eduard Reiff: Begriff der Kausalität in der Unfallversicherung. Neue jur. Wschr. A 14, 630—633 (1961).

Für den Mediziner nicht ganz einfach zu lesende rechtsvergleichende Darstellung. Sie befaßt sich im wesentlichen damit, wieweit die Kausalität in der Unfallversicherung der Adäquan-

theorie des Zivilrechts gleichzusetzen sei. Die sog. *Conditio sine qua non* ist bei der Beurteilung von Kausalzusammenhängen in der Unfallversicherung insoweit eingeschränkt, als die Ursache eine *wesentliche* sein muß. Wer bei einer Überschwemmung noch einen Kübel Wasser hinzugießt, der setzt keine wesentliche Ursache für das Zustandekommen der Überschwemmung, so meint Verf. Ins Medizinische übersetzt, würde dies nach Meinung des Ref. folgendes bedeuten: Ein Bagatellunfall, der normalerweise nicht geeignet ist, eine Gesundheitsstörung herbeizuführen, der aber in diesem besonderen Falle den Tod verursacht, etwa dadurch, daß ein Aneurysma am Schädelgrunde, das sich bereits im Bersten befand, bei dieser Gelegenheit tatsächlich platzt, ist kein Unfall im Sinne der Unfallversicherung.

B. MUELLER (Heidelberg)

O. Grüner: Ependymcyste als mitwirkende Todesursache i. S. des § 7 Ziff. 1 AUB. [Inst. f. gerichtl. u. soz. Med., Univ., Frankfurt a. Main.] Med. Sachverständige 57, 102—107 (1961).

Ein plötzlicher Tod, hervorgerufen durch eine Ependymcyste im 3. Ventrikel des Gehirns bei einem bis dahin gesunden Waldarbeiter, gibt dem Verf. Veranlassung zu prüfen, inwieweit durch die anlagebedingte Krankheit eine Einschränkung der Leistungspflicht der Unfallversicherung nach § 7 Ziffer 1 AUB gegeben ist. Nach diesem Paragraphen wird die Versicherungsleistung im Verhältnis des auf die Mitwirkung einer Erkrankung entfallenden Anteils gekürzt. Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß der Unfall nicht als unbedeutende Gelegenheitsursache, sondern als wesentlich mitwirkendes Ereignis angesehen werden muß. Es kommt zunächst darauf an, bei einem zum Tode führenden Unfallgeschehen die mit der bestimmten Art des Unfalls verbundene Gefahr abzuschätzen. Weiterhin ist zu überlegen, ob die mit dem Unfall verbundene Gefahr für eine Gruppe von Menschen gleicher krankhafter Voraussetzungen durch die betreffende Krankheit erhöht wird. Im Mittelpunkt der Betrachtungen hat also die mit dem Unfall verbundene „abstrakte“ Gefahr zu stehen. Die Beurteilung soll demnach auch in der privaten Krankenversicherung so erfolgen, wie dies nach den Bestimmungen der gesetzlichen Unfallversicherung schon längst üblich ist.

TRUBE-BECKER (Düsseldorf)

RVO § 542 (Mehrere Leiden als Todesursachen). Haben mehrere Leiden, unter denen sich eine Berufskrankheit befindet, den Tod eines Versicherten gemeinsam verursacht, so ist die Berufsgenossenschaft leistungs verpflichtet, wenn festgestellt werden kann, daß der Tod auch ohne die übrigen Leiden schon allein durch die Berufskrankheit spätestens nach einem Jahr eingetreten wäre. [BSG, Urt. v. I. XII. 1960; 5 RKn 66/59, Essen.] Neue jur. Wschr. A 14, 1182—1183 (1961).

Krebs und Silikose haben anteilig zum Tode beigetragen. Bei der Frage, ob eine Krankheit als rechtlich wesentliche Todesursache anzusehen ist, muß die auch jetzt noch der Billigkeit entsprechende Jahresfrist beachtet werden. Sind beide Leiden so schwer, daß auch ohne gleichzeitiges Bestehen des anderen Leidens spätestens innerhalb eines Jahres der Tod eintritt, so liegt eine rechtlich relevante Teilursache vor. Nur bei einem derartigen Vorgehen kann vermieden werden, daß für den Eintritt des Todes mehr oder weniger bedeutungslose oder nur zufällig sich zeitlich damit deckende Umstände fälschlicherweise überbewertet werden.

SCHWEITZER (Düsseldorf)

H. Zapfe: Die Bemessung der M.d.E. bei Koronarerkrankungen. [I. Inn. Abt., Städt. Krankenh., Berlin-Neukölln.] Med. Sachverständige 55, 206—210 (1959).

F. E. Oeser: Zur ärztlichen Begutachtung des sogenannten idiopathischen Spontanpneumothorax. Münch. med. Wschr. 102, 2344—2346 (1960).

Arbeitsleistungen oder Unfälle *ohne* Verletzung oder Prrellung des Brustkorbes können nicht als wesentliche Teilursache eines idiopathischen Spontanpneumothorax angenommen werden. Dem Auftreten eines idiopathischen Spontanpneumothorax gehen Veränderungen der Lungenoberfläche wie Narben- oder Strangbildungen oder Blasenbildungen voraus. Da zum Einreißen der unversehrten Pleura intrathorakale Druckwerte von 200 mm Hg erforderlich sind und solche Werte auch bei Preßatmung nicht erreicht werden, sind die meisten angeschuldigten Ereignisse nur Gelegenheitsursachen für das Einreißen der vorgebildeten subpleuralen Blasen. Auch für den Abschluß einer Lebensversicherung sollte der idiopathische Spontanpneumothorax nicht nachteilig sein.

SCHULTHEIS (Gladbeck)^{oo}

O. P. Schmidt und W. Günthner: **Die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit des Asthma-kranken.** Med. Sachverständige 57, 121—130 (1961).

K. H. Kachel: „Vorübergehend invalide“. Ein Diskussionsbeitrag zum Paragraph 102 des Entwurfs des Arbeitsgesetzbuches der DDR. [Med. Klin., Bez.-Krankenh., „Heinrich Braun“, Zwickau.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 16, 739—742 (1961).

Es wird vorgeschlagen, bei „behandlungsbedürftig Kranken“ statt der Aussteuerung mit dem Ziel der „vorübergehenden Invalidisierung“ eine Weiterzahlung des Krankengeldes über die 26., 39. oder 52. Woche hinaus vorzunehmen, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit mit Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. — Dadurch würden arbeitsrechtlich günstigere Verhältnisse (Weiterbestehen des Arbeitsverhältnisses und Betreuung durch den Betrieb) für diesen Personenkreis bestehen, die psychische Noxe, die zur Rentenneurose führen kann, würde vermieden werden und der Patient stände bis zur Wiederaufnahme der Arbeit in ärztlicher Behandlung. Vorschläge für die organisatorische Lösung werden unterbreitet.

WINTER (Greifswald)

Leopoldo Basile: **Scarto fra vita fisica e vita lavorativa nella stima del danno alla persona.** [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Milano.] Riv. Med. leg. Legislaz. sanit. 2, 409—419 (1960).

Marc Oltramare: **Réflexions sur la médecine du travail en Suisse.** Z. Präy.-Med. 6, 121—131 (1961).

G. Oehlert: **Die berufstätige Frau in soziologischer und medizinischer Sicht.** [Univ.-Frauenklin., Gießen.] Gynaecologia (Basel) 151, 19—35 (1961).

In Anlehnung an ein Referat vor der Mittelrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie gibt Verf. in dieser Arbeit einen einführenden Überblick über die soziologischen Fragen und die medizinischen Probleme der Frauenerwerbstätigkeit. VEIT (Lehrte b. Hann.)^{oo}

The pregnant woman in industry. A report from the State of Illinois Department of Public Health. Industr. Med. Surg. 30, 238—239 (1961).

H. Kneidel: **Auswertung von Reihenuntersuchungen, Unfallgeschehen und Krankenstand in einem Berliner metallverarbeitenden Betrieb.** [Betriebs-sanitätsstelle d. Berliner Metallhütten- u. Halbzeugwerke, Berlin-Niederschöneweide.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 16, 1439—1449 (1961).

I. Brechling und M. Handt: **Über die Hand des Schülers zu Beginn des polytechnischen Unterrichts.** [Betriebspoliklin. u. Abt. Arbeit d. Automobilwerkes, Eisenach.] Z. ärztl. Fortbild. 55, 748—751 (1961).

C. Rotta e S. Fiandaca: **Il servizio medico di fabbrica e gli enti assistenziali.** Med. d. Lavoro 50, 598—622 (1959).

H. Beckenkamp und L. Gramer: **Der werksärztliche Dienst in Frankreich, ein Vergleich.** [Inst. f. Arbeitsmed., Saarland-Univ., Saarbrücken.] Zbl. Arbeitsmed. 10, 57—58 (1960).

H. Schmidtke: **Die Messung der Fusionsbreite zur Diagnose der Leistungsfähigkeit und Ermüdung.** [Max-Planck-Inst. für Arbeitsphysiol., Dortmund.] Zbl. Arbeitsmed. 9, 206—210 (1959).

Verf. berichtet über eigene Messungen der Fusionsbreite, da in den letzten Jahren in mehreren Veröffentlichungen die Ansicht geäußert wurde, daß die Fusionsbreitenermittlung der Augen als Ermüdungstest geeignet sei. Darüber hinaus war in einigen Arbeiten behauptet worden, daß durch eine tägliche Verabreichung von 60 g Dextroenergen bei Kindern der übliche Mittagsabfall der Meßwerte in Richtung auf eine kleinere Fusionsbreite weitgehend kompensiert werden könnte. Als Untersuchungsgerät zur Fusionsbreitenmessung wurde mit dem Synoptophor gearbeitet. Es wurden Labor- und Betriebsuntersuchungen durchgeführt. Dabei zeigte sich, daß die gefundenen Meßwerte der Fusionsbreite a) durch Variation der Aufmerksamkeitseinstellung oder durch Motivationswandel beeinflusst wurden, b) nicht gegen Gewöhnungseinflüsse stabil sind und c) unter vergleichbaren Bedingungen sowohl inter- als auch intraindividuell unter-

schiedliche Tendenzen zeigen. — Verf. kommt daher zu dem Schluß, daß die Fusionsbreitenmessung mit dem Synoptophor nicht als brauchbarer Ermüdungstest angesehen werden kann. Zur Überprüfung der Wirksamkeit ermüdungshemmender Stoffe wurde an 8 Industriearbeiter täglich 80 g Dextroenergen in stündlich gleich großen Dosen verteilt. In Ergänzungsversuchen mit weiteren 11 Versuchspersonen mit und ohne Dextrosegabe stellte sich heraus, daß mit Hilfe der Fusionsbreitenmessung die Wirksamkeit ermüdungshemmender Stoffe nicht zu quantifizieren ist.

OPPEL (Mainz)^{oo}

Etienne Grandjean, Marc Jenni und Armin Rhiner: Eine indirekte Methode zur Erfassung des Komfortgefühls beim Sitzen. [Inst. f. Hyg. u. Arbeitsphysiol., Eidgenöss. Tech. Hochschule, Zürich.] *Int. Z. angew. Physiol.* 18, 101—106 (1960).
E. Perret: Le problème psychologique et physiologique de la vigilance. (Das psychologische und physiologische Problem der Aufmerksamkeit.) [Inst. d'hyg. et Physiol. du Travail. Ecole polytechn. fédér., Zurich.] *Z. Präv.-Med.* 6, 23—31 (1961).

Die ständig zunehmende Automatisierung in Industriebetrieben, aber auch in öffentlichen Verkehrseinrichtungen, z. B. im Flugbetrieb stellt an die mit der Überwachung der komplizierten Apparaturen beschäftigten Personen, besonders bezüglich der Aufmerksamkeit, hohe Anforderungen. Im Zusammenhang mit den sich hierbei ergebenden Problemen untersucht der Verf., welchen Einfluß die Reizform und die Art der Reizfolge auf die Aufmerksamkeit der solchen Reizen ausgesetzten Personen hat. Es wird auf psychologischem Wege eine Interpretation der bekannten Tatsache versucht, daß die Aufmerksamkeit besonders rasch abnimmt, wenn auf den Probanden gleichartige Reize in schneller Reihenfolge einwirken, so daß dann einzelne, andersartige Reize weniger rasch und mit inadäquater Reaktion perzipiert werden. Verf. stellt eigene Anschauungen den von anderen Untersuchern aufgebauten Theorien kritisch gegenüber und verweist dabei besonders auf neuere neurophysiologische Erkenntnisse.

JAKOB (Würzburg)

Ernst Bornemann: Probleme und Ergebnisse der Arbeitspsychologie. Stud. gen. (Berl.) 14, 342—354 (1961).

J.-L. Nicod: Quelques notions sur la silicose à l'usage du praticien. [Inst. d'Anat. path., Univ., Lausanne.] *Praxis* 49, 96—98 (1960).

C. Rotta e S. Fiandaca: Infortuni sul lavoro ed infortuni extra-lavoro in una popolazione operaia di un complesso industriale metalmeccanico. (Unfälle im Betrieb und außerhalb des Betriebes bei der Arbeiterschaft eines metallverarbeitenden Werkes.) *Med. d. Lavoro* 52, 210—222 (1961).

Die Fiat-Werke beschäftigten in den Jahren von 1953—1958 durchschnittlich 46828 Personen pro Jahr. Nach der vorgenommenen statistischen Aufschlüsselung handelt es sich bei den Unfällen der Beschäftigten in 80% um Verkehrsunfälle. Die eigentlichen Betriebsunfälle traten zahlenmäßig erheblich zurück.

B. MUELLER (Heidelberg)

Tomatis: Les réactions somatiques et psychiques au bruit industriel. *Méd. aéro.* 14, 163—178, 289—298 (1959).

Dieter Högger: Le bruit dans l'industrie. *Z. Präv.-Med.* 6, 174—183 (1961).

W. Schwab und H. Pfisterer: Hörschäden durch Unfall und Lärm. [Univ.-HNO-Klin., Heidelberg.] *Med. Welt* 1960, 43—44, 47—49.

G.-P. Alivisatos, C.-E. Eliakis et A.-E. Pontikakis: Observations sur un syndrome labyrinthique apparu subitement chez des téléphonistes. *Arch. Mal. prof.* 21, 33—40 (1960).

M. Gaultier, E. Fournier et P. Gervais: L'asthme professionnel par allergie à la pénicilline. *Arch. Mal. prof.* 21, 13—23 (1960).

J. Roubal und M. Krivcová: Hygienische Probleme bei Verwendung von tertiärem Butylchromat als Passivierungsinhibitor der Metallkorrosion. [Inst. f. Arbeitshyg. u. Berufskr., Prag.] *Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg.* 17, 589—596 (1960).

Orazio Andreoni: Rilievi anatomico-patologici su un caso di silicosi e sclerodermia. [Ist. di Anat. e Istol. Pat., Univ., Milano.] *Folia med. (Napoli)* 44, 227—241 (1961).

Bosko Milićić e Vida Miletić: **A propos de deux cas d'apparition rapide de silicose.** [Ist. de Phytisol. et Sect. de Med. du Travail, Ist. d'Hyg. de la R. P. de Serbie, Belgrade.] *Med. d. Lavoro* 52, 161—166 (1961).

K. Muysers, F. Siehoff, G. Worth und L. Gasthaus: **Neuere Ergebnisse atemphysiologischer Untersuchungen von Kohlenbergarbeitern unter Berücksichtigung von Silikose, Bronchitis und Emphysem. I. Das Verhalten der Gase im arteriellen Blut.** [Inn. Abt., Krankenh. Bethanien f. Grafschaft Moers, Moers a. Niederrh.] *Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg.* 18, 358—369 (1961).

H. Otto: **Über Pneumokoniosen durch Erdfarben, insbesondere über Ockerlungen.** [Inn. Abt., Krankenh., Köthen-Anhalt.] *Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg.* 18, 349—357 (1961).

M. Navrátil: **Der Einfluß des Grubenstaubes auf die Entwicklung der chronischen asthmoidalen Bronchitis.** [Inst. f. Arbeitshyg. u. Berufskr., Prag.] *Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg.* 17, 618—626 (1960).

Hurley L. Motley: **Pulmonary function studies in diatomaceous earth workers. II. A cross section survey of 98 workers on the job.** (Lungenfunktionsuntersuchungen bei Diatomeenerdearbeitern. II. Eine Querschnittsuntersuchung von 98 Arbeitern.) [Cardio-Respirat. Laborat., Univ. of Southern Calif. School of Med., Los Angeles.] *Industr. Med. Surg.* 29, 370—378 (1960).

H. Otto: **Lungenstaubmenge und Silikoseschwere bei Porzellanarbeitern.** [Path. Inst., Univ., Erlangen.] *Frankfurt. Z. Path.* 70, 676—698 (1960).

Die mikroskopische Untersuchung der Lungen kann nur nachweisen, ob eine Silikose vorliegt. Die Beurteilung des Schweregrades kann dagegen nur unter Berücksichtigung des makroskopischen Befundes erfolgen. Bei der chemischen Untersuchung können die Ergebnisse nur bei einheitlicher Berufsherkunft des eingeatmeten Staubes zur Beurteilung der Schwere verwendet werden. Die Ergebnisse der chemischen Untersuchung von 32 normalen Erwachsenen- und Kinderlungen und 168 Silikose-Lungen vorwiegend aus der keramischen Industrie werden graphisch dargestellt, in Tabellen angeführt und besprochen. Bei normalen Lungen schwankte der Staubgehalt zwischen 0,192 und 2,6 g, der unverbrennbare Mineralrückstand betrug 0,035 bis 0,76 g. Quarz ist fast regelmäßig im Lungenstaub nachweisbar. Bei Porzellanarbeitern finden sich im Lungenstaub etwa 20% ($\pm 10\%$) Quarz im unverbrennbaren Mineralanteil. Bei diesen Staublungen ist die Schwere der Silikose abhängig von der in der Lunge abgelagerten Staubmenge. Oberhalb von 3 g unverbrennbaren Mineralstaubanteils findet sich gewöhnlich der Übergang zu konfluierenden Staubschwielen. Unter 1 g Mineralstaubanteil finden sich nur einzelne silikotische Knötchen. Das anatomische Bild bei Porzellanarbeitern ist abhängig von der Art und Menge des in der Lunge abgelagerten Staubes. Bei geringer Staubmenge kann keine schwere Silikose vorliegen. Neben der anatomischen Untersuchung kann daher die chemische Untersuchung einen zweiten Beweisweg für die praktische Begutachtung darbieten. DI BLASI^{oo}

Martin Nordmann und Hermann Sonnenberg: **Asbest-Zementstaub-Lunge. Pneumokoniose bei Mischstaub oder gemischtem Staub?** [Path. u. Bakteriolog. Inst. d. Hauptstadt, Hannover.] *Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg.* 18, 205—219 (1960).

27jährige Exposition gegenüber einem Gemisch aus Zement- und Asbeststaub, das beim Zersägen von Zement-Asbestplatten entstand, führte zu einer eigenartigen Staublunge, die Verf. als nebeneinander bestehende Asbestose und Zementstaublunge deuteten. Der Werkstaub enthielt 75% Zement (4,5% freie SiO_2), 20% Hornblendeasbest und 5% Talkum. Bei der Obduktion fanden sich grobschwielige Verdichtungen in beiden Oberlappen, Bronchiektasen und eine braunrote Schnittfläche der lufthaltigen Abschnitte. Die Schwielen bestanden aus einem dichten Geflecht kollagener Fasern und einigen konzentrisch-geschichteten Silikoseknötchen. Die Unterlappen zeigten eine diffuse Fibrose mit Asbestnadeln und Asbestosekörperchen sowie Fremdkörperriesenzellen. Die ersten Veränderungen gehen auf den Zementstaub, die anderen dagegen auf den Asbest zurück. Talkum konnte nicht nachgewiesen werden. Eine Entschädigungspflicht seitens der Berufsgenossenschaft war gegeben. Verf. schlagen vor,

den Begriff des Mischstaubes nur dann zu verwenden, wenn das schädliche Staubgemisch als ganzes wirkt und charakteristische Lungenbefunde erzeugt, die von denen der einzelnen Staubkomponenten abweichen. In anderen Fällen — wie auch in den oben beschriebenen — sollte man von gemischtem Staub sprechen, da die einzelnen Staubfaktoren trotz der Mischung jede für sich zu getrennten Lungenschäden führen. LÜCHTRATH (Koblenz)^{oo}

H. Otto und R. Maron: Zur Histologie der Eisenablagerungen bei Porzellansilikosen. [Path. Inst., Univ., Erlangen.] Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg. 17, 117—126 (1959).

Von 40 Silikosefällen aller Schweregrade aus der oberfränkischen Glas- und Porzellanindustrie wurden die Lungen und die hilären Lymphknoten auf ihren Eisengehalt untersucht. Die Staubgranulome in Lungen und Lymphknoten sind diffus mit Eisen beladen, die Staubpartikel distinkt von einem schmalen Eisensaum umgeben. Die Schwielenknötchen sind eisenfrei, enthalten höchstens Spuren extracellulär abgelagerten Eisens, ihre Staubzellmängel sind jedoch stark eisenhaltig, hier liegt das Eisen intracellulär. Bei Konfluenz von Knötchen bleibt die periphere Siderose zunächst erhalten, schwindet aber mit zunehmender Homogenisierung der Schwielen. Dieser Befund betrifft auch die Lymphknoten. Im perifokalen Lungenparenchym treten regelmäßig desquamiierte alveoläre Deckzellen mit starker Siderose auf wie bei einer Stauungslunge. In den silikosefreien Lymphknoten wird reichlich Eisen in den Sinusendothelien und in den Reticulumzellen der Markstränge, zum Teil auch perifolliculär gespeichert. Die Siderose der Lymphknoten ist vom Eisengehalt der Lungen abhängig. Das Eisen wird für körpersigen gehalten und vom Hämoglobin abgeleitet. Die perifokale Siderose, ein der Stauungslunge „en miniature“ entsprechender Befund, soll hämodynamisch bedingt und Folge des silikotischen Umbaus sein. Das Zustandekommen der Siderose der Staubgranulome ist nicht ohne weiteres zu erklären. Die Siderose in den von Silikose freien Lymphknoten entsteht durch Resorption aus der Lunge. Bei Lungentuberkulose tritt eine Siderose nicht auf; bei geringer Silikose und bei einer im Vordergrund stehenden Tuberkulose geben die Eisenverhältnisse keine verwertbaren differentialdiagnostischen Hinweise. W. MASSHOFF (Stuttgart)^{oo}

F. Koelsch: Die Staubgefährdung durch Flußspat. Zbl. Arbeitsmed. 9, 153—157 (1959).

Nach kurzen Ausführungen über die chemische und mineralogische Beschaffenheit von Flußspat, seine Verwendung, seine Lagerstätten und seine Gewinnung wird auf Grund eigener Erfahrungen als früherer Landesgewerbearzt von Bayern, der Feststellungen einer vom Verf. geleiteten besonderen Untersuchungskommission und der Literatur als Ergebnis, im Gegensatz zu früheren zeitweise geäußerten Ansichten, die Auffassung vertreten, daß die Verursachung einer Silikose im Flußspatbergbau auf dem kieselsäurehaltigen Staub des Nebengesteins und nicht auf dem Flußspatstaub an sich beruht. Eine chemische Schädigung des Lungengewebes durch Flußspat ist nicht erwiesen. DI BIASI (Bochum)^{oo}

R. Hosehek: Eine tödliche subakute Silikose durch Neuburger Kieselkreide. Zbl. Arbeitsmed. 9, 158—162 (1959).

Fallbericht aus der Arbeitsmedizin. Die Neuburger Kieselkreide wird chemischerseits als kalkhaltiger, weißer, kolloider Ton (Kaolin) bezeichnet, enthält einen erheblichen Quarzanteil (57%) und hat mit „Kreide“ nichts zu tun. Sie wird vor allem in der Gummiindustrie verwendet. Ein bei seinem Tode 62jähriger Mann hat von 1951—1957 in einer Gummiabrik unter primitiven Verhältnissen Kieselkreide mit der Schaufel in den Trichter eines Staubsiebes gefüllt. 1955 erkrankte er an Bronchitis, wurde 1956 arbeitsunfähig, 1957 invalidisiert und ist am 12. 12. 57 gestorben. Die Leichenöffnung, 6 Wochen nach dem Tode, ergab eine sehr schwere doppelseitige Silikose. Die Befunde werden kurz beschrieben und durch 4 histologische Bilder belegt. Es handelt sich um den I. Fall einer tödlichen subakuten Silikose nach Einatmung von Neuburger Kieselkreide. Eine persönliche Disposition scheint mitgewirkt zu haben. DI BIASI^{oo}

Arthur Böhme: Asbestose und Lungencarcinom. II. Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg. 17, 457—462 (1959).

P. F. Holt and C. W. Went: Studies on the nature of silicosis. A suggested mechanism of fibrogenesis. [Dept. of Chem., Univ., Reading.] Brit. J. industr. Med. 17, 25—30 (1960).

G. S. Marks and L. W. Marasas: **Changes in the lung lipids of rabbits and guinea-pigs exposed to the inhalation of silica dust.** [Pneumoconios. Res. Unit of South African Inst. for Med. Res. and South African Council for Sci. and Industr. Res., Johannesburg.] *Brit. J. industr. Med.* **17**, 31—35 (1960).

C. Spagna e A. Inserra: **Condizioni igienico-sanitarie degli operai addetti alla fabbricazione di fiammiferi con sesquisolfuro di fosforo.** [Ist. di Med. d. Lav., Univ., Catania.] *Folia med. (Napoli)* **44**, 291—302 (1961).

A. Mungo: **Sulla lavorazione al cianografo.** (Contributo alla patologia da ammoniaca.) [Ist. di Med. d. Lav., Univ., Napoli.] *Folia med. (Napoli)* **44**, 340—348 (1961).

E. W. Baader: **Aminoberufskrebse bei Färbern.** [Gutachtenarch. f. Berufskrankh., Univ., Münster.] *Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg.* **18**, 410—415 (1961).

Reinhold Link: **Über die Multiplizität primärer maligner Geschwülste beim beruflichen malignen Harnblasentumor.** [Fabrikärztl. Dienst der Ciba u. Path.-anat. Inst., Univ., Basel.] *Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg.* **18**, 394—409 (1961).

Karel Rejsek, Miroslav Navrátil und Josef Glücksmann: **Zur Frage des Lungenemphysems bei Blasinstrumentenspielern.** [Klin. f. Berufskrankh., Med. Fak., Inst. f. Arbeitshyg. u. Berufskrankh., u. Ambulat. des Nat.-Theaters, Prag.] *Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg.* **18**, 343—348 (1961).

E. W. Baader: **Berufsasthma.** [24. Tagg, Dtsch. Ges. für Unfallheilk., Versicher., Versorg., u. Verkehrsmed., Lindau, 30. V.—1. VI. 1960.] *Hefte Unfallheilk. H.* **66**, 274—281 (1961).

Dem Krankheitsbilde des Bronchialasthma liegt eine Erschwerung der Atmung infolge Verengung der feinen Atemwege durch Bronchialkrampf oder Schleimhautschwellung zugrunde. Sehr häufig steht die berufliche Tätigkeit in ursächlichem Zusammenhang mit der Erkrankung. Verf. glaubt, daß am Beginn des Asthmaleidens stets ein organischer Prozeß steht, während später neurovegetativ-psychische Einwirkungen bedeutsam sein können. — Ätiologisch sind beim beruflichen Asthma zu unterscheiden: chemisch-toxisches Asthma mit schädlichem Angriff auf die Luftwege (z. B. Isocyanatdämpfe bei der Arbeit mit Kunststoffen), und das allergische Asthma auf Grund einer Überempfindlichkeit gegenüber bestimmten Stoffen. Besonders gefährdet sind die Berufsgruppen Bäcker, Drucker, Seidenweber, Chemiarbeiter. Für die Testung auf Allergene sollten Spezialinstitute (in Bad Lippspringe und Bad Reichenhall) herangezogen werden.

SCHRÖDER (Hamburg)

E. Fuchs und W. Gronemeyer: **Die Diagnose des allergischen Berufsasthma.** [24. Tagg, Dtsch. Ges. für Unfallheilk., Versicher., Versorg.- u. Verkehrsmed., Lindau, 30. V. bis 1. VI. 1960.] *Hefte Unfallheilk. H.* **66**, 281—286 (1961).

Als Voraussetzung für die Anerkennung des allergischen Asthma als Folge gewerblicher oder berufsbedingter Sensibilisierung bezeichnen Verf.: Nachweis der allergischen Entstehungsweise mit Hilfe von Anamnese, Haut- und Schleimhautproben; Nachweis der Bedeutung des gewerblichen Antigens durch Exposition (Provokation z. B. mittels des Inhalationstestes, angedeutet von den Verf.); schließlich muß der Kontakt mit dem krankmachenden Antigen ganz oder überwiegend auf den Arbeitsplatz beschränkt sein.

SCHRÖDER (Hamburg)

Bosko Milijic: **A propos d'un cas neurologique de la maladie des caissons.** [Sect. Méd. du Travail, Inst. Hyg. de la R. P. de Serbie, Belgrade.] *Med. d. Lavoro* **52**, 205—209 (1961).

I. Rózsahégyi und B. Gömöri: **Otologische Untersuchungen bei Caissonarbeitern.** [Staatl. Inst. f. Arbeitsmed. u. ORL Univ.-Klin., Budapest.] *Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg.* **18**, 384—393 (1961).