

bei Tages- und UV-Licht abgelesen. Soll die Tinte einer Schrift untersucht werden, wird das Schriftstück mit Wasser befeuchtet, die oberste (tintenhaltige) Papierschicht mit dem Messer abgeschabt und zu einer Kugel zusammengerollt. Diese Kugel wird in dreiecksförmige Taschen gesteckt, die man mit einem scharfen Messer unmittelbar oberhalb der Startlinie des zur Chromatographie benutzten Papiers ausgeschnitten hat, und mit dem Messerblatt festgedrückt. Sodann wird wiederum aufsteigend mit Aceton:Wasser chromatographiert. WILLNER (Würzburg)

**A. Bangsgaard: Untersuchung und Vergleich von Kugelschreibertinte.** Nord. Kriminaltekn. T. 32, 179—180 (1962) [Dänisch].

Verf. benutzte früher [Nord. kriminaltekn. T. 25, 81 (1955)] zur Unterscheidung der damals etwa 20 bekannten Kugelschreiberpasten deren Indicatoreigenschaften. Es zeigte sich, daß der Farbumschlag nach Änderung des Säuregrades bei den in Alkohol gelösten Pasten zwischen  $pH$  0—1 erfolgte, wobei die individuellen Unterschiede mittels eines  $pH$ -Meters festgestellt wurden. — Bei der Vielzahl der zur Zeit in Dänemark im Handel befindlichen Pasten — etwa 50 — wird empfohlen, für die Unterscheidung auch die Lösungseigenschaften der einzelnen Farbkomponenten der Pasten zu prüfen. Hierbei werden die Pasten nacheinander in Alkohol, Aceton und Äther gelöst, die gelösten Farben verglichen und zusätzlich unter filtriertem UV-Licht betrachtet. Führen die genannten Methoden nicht zum Ziel, werden alkoholische Pastenlösungen an Silikagel (Korngröße 100/200) adsorbiert. Nach hinreichender Auftrennung der einzelnen Farbzonen soll eine Unterscheidung praktisch aller Arten von Kugelschreiberpasten bzw. -tinten möglich sein. WILLNER (Würzburg)

## Versicherungs- und Arbeitsmedizin

● **Aktuelle Probleme der Staublungenforschung.** Tagungsbericht zum 10. Kongreß der Süddeutschen Tuberkulose-Gesellschaft in Bayreuth vom 1.—3. VI. 1961. Hrsg. von H. HOFMANN. (Tuberkulose-Bücherei. Hrsg. von ROLF GRIESBACH und REINER W. MÜLLER.) Stuttgart: Georg Thieme 1962. 163 S. u. 74 Abb. DM 13.80.

Der Bericht bietet jedem etwas. Angefangen von einer guten Übersicht über „Die pathologische Anatomie der Staublungung und ihre kardiorespiratorischen Rückwirkungen“ mit Ausblick auf neue Richtlinien der Behandlung mit Corticosteroiden (UEHLINGER-Zürich), über den „Versicherungsumfang der Silikotuberkulose nach pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten“ unter Bezug auf Ziffer 35 der 6. BK-VO (Berufskrankheitenverordnung) gegenüber Ziffer 27b der früheren BK (OTTO-Erlangen) und die „Entstehung, Klinik und versicherungsmedizinische Beurteilung der Silikose und Siliko-Tuberkulose“ mit Empfehlung der internationalen Klassifikation (Genf 1958), Bericht über die Röntgenologie der Silikose und die Alveolar- und Blutgasanalyse (WORTH-Moers). Auch die Diskussionsbemerkungen bieten wertvolle Einzelheiten und Anregungen. Weiter berichtet LINDIG-Leipzig „Zur Differentialdiagnose der Staublungenerkrankungen“ gegenüber chronischen Lungenleiden an Hand von Röntgenbildern und AHLENDORF-Jena über „die eierschalenbildende Silikose“. SCHNEIDER-München stellt „Seltene Staublungenerkrankungen“ vor, so eine Bentonit-Staublungung (Mg-Al-Silicat, Bleicherde), Specksteinlungung (Talkum), Asbestlungung, Ockerstaublungung (Fe-Silicat) mit milderem Verlauf und Erzstaublungung (Sidero-Silicatose), eine Graphitstaublungung, Staublungung bei Herstellung von Kohle-Elektroden, die wie ein „Brikett“ aussah, eine Carborundlungung (Si-Carbid) und eine seltene Thermisitlungung (Harteisen mit 18% Si). KLIPPEL-Selb gab einen Überblick über „Die Prophylaxe der Silikose in der Porzellanindustrie und die Behandlung der Staublungenerkrankung“, Herstellung von Porzellan mit den verschiedenen Graden der Staubgefährdung, spezifische Behandlungsmöglichkeiten und -erfolge, SCHLIPKÖTER-Düsseldorf über „Die Prophylaxe der Silikose und die Behandlung der Staublungenerkrankung“ auf Grund von Tierversuchen, FREISLEBEN-Wien „Die Testung von bronchospasmolytischen Pharmaka durch spiographische Untersuchungen“, ROTH-Kutzenberg über „Ergebnisse der Behandlung der Siliko-Tuberkulose“. Es folgen Vorträge von VALENTIN-Köln über „Chronische Bronchitis, Lungenemphysem und Cor pulmonale als Berufserkrankungen“, SCHMIDT-Erlangen über „Cor pulmonale“, WEICKSEL-Würzburg über „Besondere Gesichtspunkte in der Beurteilung von Silikosen der Steinhauer des Manglebetriebes im Gegensatz zu anderen Staublungenerkrankungen“, SEPKE-Zwickau über „Zerfall und Abbau silikotischer Schwielen“. SYMANSKI-Saarbrücken sprach schließlich Begleit-

worte zu dem Film „Spezielle Untersuchungsmethoden bei Staublungenkrankten“, mit dem die Tagung ihren Abschluß fand. Wer sich als Gutachter über die „aktuellen Probleme der Staublungenforschung“ rasch informieren will, dem sei das Studium dieses Kongreßberichtes empfohlen, aber auch der Forscher auf diesem Gebiet findet wertvolle Anregungen. BREITENECKER

● **Lunge und Berufskrankheiten. Klinische und pathologisch-anatomische Gutachten.** Zusammengest. von HERBERT TRAUTMANN. (Arbeit u. Gesundheit. Hrsg. von F. PAETZOLD u. CL. DIERKES. N.F. H. 73.) Stuttgart: Georg Thieme 1962. XI, 259 S. u. 26 Abb. Geb. DM 38.—

Der Wortlaut der Sechsten Berufskrankheiten-Verordnung leitet die Monographie ein, es folgt die internationale radiologische Klassifikation der Pneumokoniosen. Der Begutachtung des Themas: Lunge und Berufskrankheiten liegen nach Sachgebieten geordnete Fälle zugrunde, die sowohl von Klinikern als auch Pathologen bearbeitet wurden. Es finden sich folgende Kapitel: 1. Silikose und Funktionsstörung (9 Gutachten unter besonderer Würdigung des Lungenemphysems speziell des perifokalen Emphysems. 2. Silikose und Tuberkulose (4 Fälle). Wichtig sind die Ausführungen über die Miliartuberkulose aus silikotuberkulösen Lymphknoten bzw. Silikose und Urogenitaltuberkulose). 3. Silikose und Zusammenhang mit anderen Erkrankungen (9 Gutachten, z. B. über das Zusammentreffen mit einer croupösen Pneumonie, Bronchialkrebs sowie über das Caplan-Syndrom). 4. Todesursache beim Zusammentreffen von Silikose mit anderen Erkrankungen, wie z. B. einer Coronarsklerose, einem Herzinfarkt oder Herzklappenfehler. Diese 9 Gutachten bieten gute Unterlagen bei der Bearbeitung von Fällen plötzlichen Todes. 5. Asbestose/Talkose (4 Gutachten). 6. Erkrankungen durch Thomas-Schlackenstaub (3 Fälle). 7. Lungenschäden durch Metalle und ihre Verbindungen (9 Fälle) und 8. durch Nichtmetalle sowie durch organische Verbindungen (7 Gutachten). Die letzten beiden Kapitel betreffen die Lungentuberkulose bei Heil-Pflegepersonal, nach Umgang mit tuberkulösem Vieh sowie dem Morbus Boeck als Berufskrankheit ferner zur Frage der Silikosegefährdung bei Arbeiten mit künstlichen Schleifkörpern, Einwirkung von Glaswollestaub und Lungenabsceß, Strahlenpilzkrankungen in der Landwirtschaft. TRAUTMANN hat eine gelungene Übersicht, die durch Röntgenbilder und Literaturangaben bereichert wurde, vorgelegt. Die 63 Fälle wurden von 21 Gutachtern bearbeitet. DOTZAUER (Köln)

**K. Klink: Wo liegen die Grenzen der freien Beweiswürdigung in der Sozialgerichtsbarkeit.** [6. Fortbild.-Kurs f. soz.-med. Begutacht.-Kde f. Ärzte u. Jursiten, Heidelberg, 26.—28. IX. 1962.] Med. Sachverständige 58, 272—275 (1962).

**R. Jung: Die französische Sozialgerichtsbarkeit unter besonderer Berücksichtigung der Regelung von Differenzen auf sozialmedizinischem Gebiet.** Med. Sachverständige 58, 256—263 (1962).

Streitigkeiten im Rahmen der Sécurité sociale werden nicht von besonderen Sozialgerichten, sondern im Rahmen der allgemeinen Zivilgerichtsbarkeit ausgetragen; es gibt auch keine Spezialrichter für dieses Gebiet; die Richter erledigen diese Arbeit nebenamtlich. Die Einrichtung nennt sich „Contentieux général“. Wenn auf dem Gebiet der Krankenversicherung oder der Unfallversicherung Meinungsverschiedenheiten zwischen dem behandelnden Arzt und dem Vertrauensarzt bestehen, so entscheidet eine Ärztekommision im Rahmen der Expertise médicale. Bestehen Meinungsverschiedenheiten darüber, ob ein Versicherter Invalide ist, oder ob er arbeiten kann, so entscheiden die Commissions techniques; sie bestehen aus ärztlichen Beisitzern und einem Verwaltungsbeamten als Vorsitzendem, der nicht Jurist zu sein braucht; stimmberechtigt sein können noch Vertreter der Versicherungsträger oder des Arbeitsamtes. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. B. MUELLER (Heidelberg)

**Walter Winnat: Die soziale Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland (einschl. West-Berlin) 1950—1960.** Bundesgesundheitsblatt 5, 349—351 (1962).

Es handelt sich um interessante statistische Aufschlüsselungen. Von Einzelheiten sei folgendes erwähnt: Im Jahre 1960 wurden für ärztliche Behandlung von den Krankenkassen pro Mitglied DM 91.— gezahlt, für Arzneien und Heilmittel DM 53.—, für Krankenhausbehandlung DM 55.—, für Krankenhilfe einschließlich Krankengeld DM 125.—. Für das Jahr 1950 betragen die Ausgaben in gleicher Anordnung DM 33.—, DM 22.—, DM 22.— und DM 30.—; am stärksten ist demnach die Steigerung der Ausgaben für die Krankenhilfe. B. MUELLER (Heidelberg)

**Aus dem Regierungsentwurf zur Reform der sozialen Krankenversicherung.** Wortlaut der für die Ärzteschaft wichtigsten Paragraphen des Entwurfs. *Ärztl. Mitt.* (Köln) 59, 2427—2439 (1962).

Aus den Bestimmungen des Entwurfs sei erwähnt, daß Versicherungspflicht bis zu einem Einkommen von DM 9000.— pro Jahr bestehen soll, und daß bis zu einem Einkommen von DM 15000.— pro Jahr eine freiwillige Versicherung möglich ist. Die Möglichkeit einer Genesenden-Fürsorge wird besonders hervorgehoben. Die Arztregister bleiben bestehen. Wer rechtsgültig in ein Arztregister eingetragen ist, darf sich niederlassen; besteht in einem Bereich Mangel an Kassenärzten, so können Kassenarztstellen mit garantierter Mindesteinnahme ausgeschrieben werden. Der Versicherte zahlt zusammen mit dem Arbeitgeber allgemeine Beiträge, doch werden auch vom Versicherten *besondere* Beiträge erhoben, sie werden z. T. zurückgezahlt, wenn Leistungen der Krankenversicherung kaum oder gar nicht in Anspruch genommen wurden. Die kassenärztlichen Vereinigungen und der Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen bleiben bestehen, ebenso der vertrauensärztliche Dienst. B. MUELLER (Heidelberg)

**RVO § 368n (Prüfung und Kürzung von Kassenarzt Honoraren).** a) Der Bescheid über die Festsetzung — gegebenenfalls auch Kürzung — des Honorars eines Kassenarztes, den ein Mitglied des Prüfungsausschusses (vgl. § 368n Abs. 4 Satz 1 RVO) erläßt, ist nichtig, wenn aus dem Bescheid hervorgeht, daß nicht der Prüfungsausschuß entschieden hat. b) Die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise eines Kassenarztes braucht von den Prüfungsinstanzen der Kassenärztlichen Vereinigung nicht an Hand einzelner Behandlungsfälle geprüft zu werden, wenn die für einzelne Leistungsarten ermittelten durchschnittlichen Honorarforderungen des Kassenarztes in offensichtlichem Mißverhältnis zu den Durchschnittswerten vergleichbarer Ärztegruppen liegen und auch die Besonderheiten der Praxis des Kassenarztes, auf die er hinzuweisen hat, seinen Mehraufwand nicht rechtfertigen. c) Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise kann der Mehraufwand, der durch bestimmte — ungewöhnlich häufig erbrachte — Leistungen des Kassenarztes verursacht ist, durch einen Minderaufwand an anderen eigenen oder an Fremdleistungen nur dann ausgeglichen werden, wenn der Minderaufwand durch den Mehraufwand bedingt ist. Es besteht keine Vermutung, daß der auf eine bestimmte Behandlungsweise zurückzuführende Mehraufwand bei anderen Leistungsarten ist. d) Liegt Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise eines Kassenarztes vor, so darf das Honorar nicht über den Betrag hinaus gekürzt werden, der dem durch die unwirtschaftliche Behandlungsweise verursachten Mehraufwand entspricht. Aus besonderen Gründen können die Prüfungsinstanzen den Kürzungsbetrag nach pflichtgemäßen Ermessen niedriger festsetzen. [BSG, Urt. v. 29. 5. 1962 — 6 RKA 24/59, Hamburg.] *Neue jur. Wschr.* 16, 410—443 (1963).

**G. Herold: Zur Frage der Feststellung unwirtschaftlicher Behandlungsweise bei Honorarkürzungen.** *Dtsch. med. Wschr.* 87, 2333—2337 (1962).

Nach § 368e RVO darf der Kassenarzt Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, nicht verordnen. Die Überwachung der Wirtschaftlichkeit obliegt den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen der KV, deren Entscheidung der Nachprüfung der Sozialgerichte. Nach einer Entscheidung des BSozG dürfen Honorarkürzungen nur dann erfolgen, wenn vorher die Unwirtschaftlichkeit an Hand einzelner Behandlungsfälle festgestellt worden ist. Die Anwendung statistischen Vergleichsmaterials ist nur zur Erlangung einer groben Orientierung geeignet. SPANN (München)

**J. Probst: Kausalitätsfragen an den Gutachter.** [25. Tag., *Dtsch. Ges. f. Unfallheilk. Vers., Versorg.- u. Verkehrsmed., Garmisch-Partenkirchen, 15.—17. V. 1961.*] *Hefte Unfallheilk. H.* 71, 102—109 (1962).

Die Beurteilung von Kausalzusammenhängen wird Ärzten oft schwierig, weil sie die naturgesetzlichen, medizinischen Ursachen nicht mit den zugehörigen rechtlichen Ursachenbegriffen

zu verbinden vermögen. Der juristische Kausalitätsbegriff verlangt Einschränkung der naturgesetzlich gegebenen Kausalität, damit aus den vielerlei naturgesetzlichen und sonstigen Kausalitätsfaktoren bestimmte Tatbestände und ihre rechtlich interessanten Beziehungen herausgefunden werden. Hierauf gründet sich für die gesetzliche Unfallversicherung der Begriff der wesentlich mitwirkenden Bedingung, d. h. der wesentlichen Teilursache. Richtige Auslegung der Zusammenhänge zwischen versicherter Tätigkeit und Schädigung — zwischen Schädigung und Schaden ist für die Schlüssigkeit aller Gutachten zwingende Voraussetzung. Wenn ein Schaden das Ergebnis mehrerer Teilursachen ist, muß die rechtliche Bedeutung jedes Einzelfaktors nach dem Anteil seiner Mitwirkung bemessen werden, um dem juristischen Begriff „wesentlich“ den für den konkreten Einzelfall bestimmten Inhalt zu geben. Wichtige Unterschiede ergeben sich hier zwischen Unfallversicherungs- und Versorgungsrecht einerseits sowie dem Zivilrecht andererseits. Der Sozialversicherte ist in dem Zustand geschützt, in dem er die Arbeit antritt, also mit allen Anlagen und endogenen Schäden. Der Gutachter entscheidet, ob bei derartiger unter Umständen besonders schadensnahen Konstitution des Geschädigten die innere Dynamik oder das äußere Ereignis *wesentlich* zum Schaden beitrug. Je näher die Manifestation des anlagebedingten Leidens, um so geringer kann der äußere Anlaß sein, der das Leiden hervortreten läßt. „Betriebsüblich“ ist also ein Vorgang nur, wenn unter unverändert gleicher körperlicher Beanspruchung eine Änderung der schon vorhandenen Anlage eintritt. Der medizinische Gutachter soll dem Richter keine Auswahl von medizinischen Ansichten zur Entscheidung anbieten, er soll *maßgeblich* bei der Beweisführung mitwirken. Das Bundesgericht hat wiederholt Urteile nur deshalb aufgehoben, weil es die medizinischen Gutachten, auf die sich das Urteil der Landesozialgerichte stützte, nicht anerkannte. Der ärztliche Sachverständige muß durch Erhebung einer lückenlosen Vorgeschichte eine wesentliche materielle Entscheidungsgrundlage zur Ermittlung des Sachverhalts liefern. Deshalb sind alle Eventualgutachten bedenklich, denn sie bieten dem Richter mehrere Möglichkeiten zur Entscheidung an. Im zivilrechtlichen Haftpflichtprozeß andererseits sind die Beweisangebote für das ärztliche Gutachten bindend. Im alltäglichen Leben, das sich am lebendigen, dem Wandel unterworfenen Objekt orientiert, gibt es aber keine absolute Entscheidung im mathematischen Sinne. Deshalb verlangt auch die für das Sozialrecht (§ 128 S.S.G.) insoweit maßgebliche Zivilprozeßordnung (§ 286 Z.P.O.), daß darüber entschieden wird, ob eine Behauptung wahr oder nicht wahr sei. Als „wahr“ gilt jener Grad von Wahrscheinlichkeit, der sich aus möglichst gewissenhafter und erschöpfender Anwendung aller vorhandenen Erkenntnismittel ergibt. Der Gutachter ist dabei nicht Schiedsrichter, sondern sachverständiger Gehilfe des Gerichts, um Kausalzusammenhänge zu klären. Nur wer das geltende Recht und die Verfahrensgrundsätze genau kennt, kann den logischen Beweisschluß aus den vorliegenden Unterlagen liefern.

VON BRANDIS (Stade)<sup>oo</sup>

## J. Probst: Über grundsätzliche Fragen der ärztlichen Begutachtung. I. Allgemeines zur ärztlichen Begutachtung. [Berufsgenossensch. Unfallkrankenh., Murnau/Obb.] Med. Klin. 57, 1231—1232 (1962).

Die vom Bundessozialgericht in zwei Urteilen abgegebenen Stellungnahmen zur ärztlichen Begutachtung, wobei die Verknennung und Verwechslung der Rechtsgrundlagen kritisiert wird, läßt nach Meinung des Verf. einen Mangel in der Kenntnis der verschiedenen Rechtsgrundlagen und Gebrauch des zuständigen Begriffes in der ärztlichen Gutachtertätigkeit erkennen. — Nach Meinung des Verf. sollte die Ausbildung zum Gutachter während des medizinischen Studiums mit der Erlernung der theoretischen Grundlagen beginnen, obwohl sie auf eine praktische Ausübung Bezug nehmen muß, die nur dem schon tätigen Arzt offensteht. — Die Universitäten sollten spezielle Unterrichtungsmöglichkeiten in der Begutachtungskunde, Sozialrecht und Sozialgerichtswesen schaffen. Außerdem sollte der Begutachter sich darüber klar sein, daß er sich allein auf sein medizinisches Beurteilungsvermögen nicht verlassen kann, weil die mit Hilfe der medizinischen Wissenschaft ermittelten Tatsachen über Krankheitserscheinungen in eine Beurteilung einmünden müssen, aus der Rechtsfolgen abgeleitet werden sollen. Um diese Fragen zu lösen, sollte der Gutachter die Verfahrensregel beherrschen und wissen, welche Rechtsbegriffe im Einzelfall anzuwenden sind. Der Arzt sollte immer seine naturwissenschaftliche Denkweise mit dem zuständigen rechtlichen Ursachenbegriff vereinbaren. Man sollte zwischen Kausalität und Kausalitätsbegriff unterscheiden, wobei bei dem letzteren aus der Vielfalt aller möglichen Kausalfaktoren bestimmte Tatbestände und ihre rechtlich interessierenden Beziehungen herausgegriffen werden sollten. — Den zahlreichen Ansprüchen steht eine ebensolche Zahl von Rechtsgrundlagen gegenüber, die immer vom Begutachter beachtet werden sollten. Man sollte auch berücksichtigen, daß die Entschädigungsanspruchsgrundlagen bei den einzelnen Versicherungen

(Sozialversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Rentenversicherung, Privatversicherung) verschieden sind. Der Arzt darf nicht seinen ärztlichen Auftrag mit einer staatsbürgerlichen gesetzlichen Verpflichtung verwechseln. CARLO MOTTA (Heidelberg)<sup>oo</sup>

G. Straneo, P. Seghizzi e M. Majeron: **L'azione del rumore sul sistema vascolare. III. Studio reografico (periferico e cranio) e retinografico.** [Ist. di Med. del Lav., Univ., Pavia.] *Folia med.* (Napoli) 45, 1009—1015 (1962).

K. Müller-Wieland: **Die Begutachtung von traumatischen Einflüssen bei der Diabetesentstehung.** [I. Med. Univ.-Klin., Hamburg.] *Med. Klin.* 58, 73—76 (1963).

W. Tabbara: **Tuberculose caséuse du rein.** [Soc. de Méd. lég., 18. VI. 1962.] *Ann. Méd. lég.* 42, 484—487 (1962).

**BVG § 1 (Gesundheitsstörungen durch ärztliche Untersuchung im Verfahren).** Gesundheitsstörungen als Folge einer ärztlichen Untersuchung sind Schädigungsfolgen im Sinne des BVG, wenn das Ausmaß tatsächlich vorhandener Schädigungsfolgen zweifelhaft gewesen ist und deshalb Anlaß bestanden hat, Untersuchungen hierüber anzustellen. Ist den Ärzten bei der Untersuchung ein Kunstfehler unterlaufen, so werden dadurch die Verwundungsfolgen jedenfalls dann nicht „verdrängt“, wenn es sich um einen Kunstfehler gehandelt hat, wie er bei Eingriffen dieser Art erfahrungsgemäß vorkommen kann. [BSG, Urt. v. 17. 5. 1962; 11 RV 398/61, Stuttgart.] *Neue jur. Wschr.* 15, 1788—1789 (1962).

Dem Urteil liegt ein Fall zugrunde, bei dem im Anschluß an eine Phlebographie eine Thrombophlebitis mit nachfolgender Lungenembolie aufgetreten war. Angaben aus den Urteilsgründen mit Literaturhinweisen. SPANN (München)

Bruno Kisch: **Ein lehrreicher Fall aus der Gutachterpraxis.** *Med. Welt* 1963, 65.

Ein relativ junger Mann hatte sich im Alter von 21 Jahren in KZ-Haft Magen-Darmgeschwüre zugezogen, die anschließend wiederholt zu akuten schweren Darmblutungen geführt hatten. Jahre später kam es zu Coronarthrombosen mit anschließender Kreislaufinsuffizienz. Bei mehrfacher Begutachtung wurde davon ausgegangen, daß wohl die Folge der Magen-Darmgeschwüre haftbedingt seien, daß aber die Coronarthrombosen eine Folge der haftunabhängigen Coronarsklerose seien. Verf. vertritt die Auffassung, daß im vorliegenden Falle mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit der Herzschaden eine Folge der akuten Blutungen gewesen sei und begründet diese Auffassung kurz. SPANN (München)

H. Symanski: **Ausgewählte Kapitel aus dem Gebiet der Berufskrankheiten unter besonderer Berücksichtigung der neuen 6. Verordnung.** [Inst. f. Arbeitsmed., Univ. d. Saarlandes, Saarbrücken.] *Msehr. Unfallheilk.* 65, 240—247 (1962).

Seit 7. 5. 61 gilt in der Bundesrepublik Deutschland die 6. Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 28. 4. 61 (6. BKVO). Das Enumerationsprinzip wurde beibehalten. Die Anordnung der Liste folgt nunmehr kausalen Grundsätzen. Der Geltungsbereich wurde auf alle Unternehmen (mit Ausnahme der Ziff. 37 = Infektionskrankheiten) ausgedehnt, was sich im chirurgischen Bereich praktisch bei den beruflichen Meniscuschädigungen auswirken wird. Auch der Krankheitsbereich wurde teilweise geändert, z. B. wird statt bisher lärmbedingter Taubheit jetzt Schwerhörigkeit entschädigt. Bezüglich älterer Sonderbestimmungen des Saarlandes wird der Besitzstand gewahrt. Neu aufgenommen in die Liste wurden Erkrankungen durch Methanol, Thallium, an Lungenfibrose durch Metallstäube bei der Herstellung oder Verarbeitung von Hartmetallen, das Augenzittern der Bergleute, die Erkrankungen durch Vanadium und seine Verbindungen, das Bronchialasthma, das zur Aufgabe der beruflichen Beschäftigung oder jeder Erwerbstätigkeit gezwungen hat. J. PROBST (Murnau)<sup>oo</sup>

H. Ebert: **Das Hamman-Rich-Syndrom. Diffuse progressive interstitielle Lungenfibrose.** [II. Med. Klin., Städt. Krankenh. Buch, Berlin.] *Dtsch. Gesundh.-Wes.* 18, 173—178 (1963).

M. S. Manfredi: **Spunti critici in tema di valutazione clinica e medico-legale della silicosi.** [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Pisa.] *G. Med. leg.* 8, 136—148 (1962).

**H. Drasche: Ein Beitrag zur Gichtstaubpneumokoniose.** [Inst. f. Arbeitsmed., Univ. d. Saarlandes, Homburg/Saar.] *Int. Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg.* **19**, 301—318 (1962).

Ein 61jähriger Hüttenarbeiter, der 32 Jahre, davon 26 Jahre als Gichtstaubzapfer und 6 Jahre an verschiedenen Betriebspunkten einer Bandsinteranlage relativ hohen Teilchenkonzentrationen eines quarzarmen industriellen Mischstaubes ausgesetzt war, zeigte 1953, also vor 9 Jahren, erstmalig röntgenologisch eine beginnende Pneumokoniose, die trotz der 1957 erfolgten Verlegung an staubfreie Arbeitsplätze fortschritt. Eine Analyse der Arbeitsplatzbedingungen, die sich in den letzten 40 Jahren nicht wesentlich verändert haben sollen, ergab eine Feinstaubkonzentration von 127,2 mg Staub  $< 5 \mu/m^3$  mit etwa 0,7 Gew.-% Quarz ( $\approx 0,9 \text{ mg}/m^3$ ).

ERICH SCHILLER (Homburg/Niederrhein)<sup>oo</sup>

**W. Schüttmann: Hepatitis als Berufserkrankung.** [Inst. f. Berufskrankh., Dtsch. Zentralinst. f. Arbeitsmed., Berlin.] *Dtsch. Gesundh.-Wes.* **17**, 1869—1874, 1920 bis 1928, 1959—1963 (1962).

**N. Castellino, V. Mazza e R. Pallotta: Ricerche sulla malattia da barotrauma. I. Comportamento della glicemia, dell'azotemia e degli elettroliti ematici.** [Ist. di Med. del Lav., Univ., Napoli.] *Folia med. (Napoli)* **45**, 1016—1036 (1962).

**A. Silvestroni, A. Guarino e F. Boccalatte: L'apparato cardio-circulatorio nei minatori di zolfo.** [Ist. Med. d. Lav., Univ., Napoli.] *Folia med. (Napoli)* **45**, 1169—1181 (1962).

**H. Kneidel: Reihenuntersuchungen bei Arbeitern in der Produktion von HCH und DDT.** [Betriebsambulator. d. Berlin-Chemie, Berlin-Adlershof.] *Zbl. Arbeitsmed.* **13**, 33—36 (1963).

**José Manuel Sanchez-Pedreno: Dermatitis del trabajo.** *Bol. Inform. Asoc. nac. Méd. forens. (Madr.)* No 34—36, 916—955 (1962).

**M. Fusco, O. Elmino, A. Rossi e A. Silvestroni: Comportamento del circolo periferico in animali sottoposti a vibrazioni.** [Ist. di Med. del Lav., Univ., Napoli.] *Folia med. (Napoli)* **45**, 1051—1058 (1962).

**P. Piccoli, A. Rossi e O. Elmino: Comportamento dei fattori della coagulazione in animali sottoposti a vibrazioni.** [Ist. Med. d. Lav., Univ., Napoli.] *Folia med. (Napoli)* **45**, 1236—1247 (1962).

**R. Pallotta e S. Fati: Su alcuni casi di iperpiressia nel corso di barotrauma.** (Über einige Fälle von Hyperthermie bei Druckluftschäden.) [Ist. di Med. d. Lav., Univ., Napoli.] [I. Symp. Internaz. di Med. Subacquea, Ustica, 14.—16. IX. 1962.] *Folia med. (Napoli)* **45**, 866—871 (1962).

Bei sieben Patienten mit Druckluftschäden beobachteten Verff. gleichzeitig einen Fieberanstieg, der zusammen mit den anderen Beschwerden nach Dekompressionsbehandlung verschwand. Sie sind der Ansicht, daß die Hyperthermie nicht die Folge einer Einwirkung der Druckänderungen auf die Wärmeregulationszentren sind, sondern daß es sich um embolische Prozesse im Innern dieser Zentren oder um eine indirekte, durch Gefäßschäden zustande kommende Reizung handelt.

G. GROSSER (Padua)

**Lodovico Bernardi: Psiconevrosi e invalidità' pensionabile.** [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Milano.] *Riv. Med. leg.* **4**, 143—164 (1962).

**Franco Fabroni: Considerazioni critiche sulla valutazione delle concause di inabilità.** [Ist. Med. leg. e Assicuraz., Univ., Siena.] *Riv. Med. leg.* **4**, 39—52 (1962).

**RVO § 1254 a. F. (Invalidität durch neurotische Störungen).** Neurotische Störungen können eine Krankheit sein, wenn sie ein entsprechendes Ausmaß annehmen. Entscheidend für die Beantwortung der Frage der Invalidität ist letzten Endes, ob die

Willenskraft, die den Erwerb der gesetzlichen Lohnhälfte ermöglicht, vorhanden ist. [BSG, Urt. v. 16. 3. 1962; 12/3 RJ 108-/57, Celle.] Neue jur. Wschr. 15, 1787—1788 (1962).

Kurze Angaben aus den Urteilsgründen mit Literaturhinweisen. SPANN (München)

**H. Buckup: Stand der Arbeitsmedizin.** [Arbeitsmed. Inst. b. Staatl. Gewerbearzt f. d. Aufsichtsbez. Westfalen, Bochum.] Zbl. Arbeitsmed. 13, 29—33 (1963).

**Fortunato Cricenti: Considerazioni sull'opera del medico di fabbrica nella lotta antinfortunistica.** [Ist. di Med. d. Lav., Univ., Messina.] Folia med. (Napoli) 45, 921—943 (1962).

**J.-M. Emberger: Le prélèvement de sang en médecine du travail. Conditions, méthodes, interprétation des résultats.** Montpellier méd., Sér. III, 61, 3—8 (1962).

**R. Schmidt: Bericht über einen Besuch beim Berufsförderungswerk Heidelberg. Rehabilitation (Stuttg.) 2, 25—29 (1963).**

Träger des Berufsförderungswerks Heidelberg sind das Landesarbeitsamt Baden-Württemberg, das Stoeckerwerk e.V. und Industriepatenbetriebe. Es dient der beruflichen Umschulung von Menschen, die durch Erkrankung, Unfall oder Kriegsverletzung ihren erlernten Beruf aufgeben mußten. Das Heim besitzt ab 1963 700 Plätze. Der Aufnahme geht eine medizinisch-technisch-psychologische Untersuchung voraus. Das Ausbildungsprogramm umfaßt hauptsächlich technische Berufe. Ein Lehrgang dauert im allgemeinen ein Jahr und schließt mit einer staatlichen Prüfung ab. Die Kosten werden von den Arbeitsämtern bzw. den Versicherungsträgern übernommen. Die Ausbildungs- und Unterrichtsräume, ebenso die Wohn- und Gemeinschaftsräume werden als vorbildlich bezeichnet. Ärztliche Betreuung ist vorhanden. Für echte Betriebsatmosphäre und das Erreichen der im Betrieb erwarteten Leistungen wird durch besonders erfahrene Lehrkräfte gesorgt. Bedauert wird das Fehlen von Einrichtungen für Querschnittsgelähmte und Rollstuhlfahrer. Auch weibliche Schwerbeschädigte können nicht aufgenommen werden. — Das Aufnahmealter beträgt 20—55 Jahre. Die Versagerquote wird mit 1%, die Ausfallquote mit 4—5% angegeben. Verf. hält diese Zahlen für gering. H. POHN

**H. Könemann: Unfallgefahren in Generatorgasanlagen.** Zbl. Arbeitsmed. 12, 265—271 (1962).

Zwei Gefahrenquellen bestehen bei Generatorgasanlagen: die Vergiftungs- und die Explosionsgefahr. Über Vergiftungen wird in der Literatur der Berufsgenossenschaften und der Gewerbeaufsicht häufiger berichtet als über Explosionen oder Brände. Die meisten Unfälle ereignen sich beim Reinigen, beim Füllen oder Entschlacken der Geräte, hierbei kann es zu einer Kombination von Vergiftungen und Bränden bzw. Explosionen kommen. 1961 haben die Berufsgenossenschaften neue Unfallverhütungsvorschriften über die Verwendung von Generatorgas erlassen. So müssen jetzt nicht nur die Generatoren, sondern auch alle umbauten Anlagenteile wie z. B. die Beschickungsbühnen, die Bunkerbühnen, die Entschlackungsräume im Freien oder zumindest in gut gelüfteten Räumen aufgestellt werden und eine leichte Bedachung (Verhinderung einer Raumexplosion nach oben) erhalten. Die Räume sind feuerbeständig abzutrennen. Die Aufstellung von Generatoren unter Flur ist verboten, um Vergiftungen in engen Gruben zu verhindern und im Fall einer Stichflammen- oder Verpuffungsbildung ein Ausweichen der Arbeiter zu ermöglichen. Daher müssen die Arbeitsbühnen geräumig sein. Eine besondere Gefahr bilden Deckelverschlüsse der Füllöffnung. Bei modernen Generatoren erfolgt die Füllung automatisch von einem Zwischenbunker aus, so daß eine Gefährdung der Arbeiter und eine Brandgefährdung der Gebäude durch manuelles Öffnen einer Deckelvorrichtung entfällt. Füllrichtungen müssen aber Entlüftungsröhre haben, damit nicht Gas beim Füllvorgang in den Brennstoffbunker eintreten kann. Daneben müssen diese Bunker eine gesonderte Abzugsvorrichtung besitzen. Der Generator muß von der Hauptgasleitung absperrbar und das Gas mittels eines Abzuges über das Dach ableitbar sein. Hierbei müssen die Mündungen dieser Abzüge so liegen, daß nicht benachbarte Räume gefährdet werden. Die Gefahr des sogenannten Gasrücktritts besteht bei modernen Anlagen nicht mehr. Hier ist durch ständige Überwachung des Gas- und Winddruckes und besondere Sicherungsvorrichtungen die früher so gefürchtete Gefahr des Gasrücktrittes weitgehend gebannt. In den letzten Jahren sind keine Explosionen durch Gasrücktritt bekanntgeworden. Die Vorschrift von 1961 fordert eine Entstaubung des Gases durch Staubabscheider. Hierbei ist darauf zu achten, daß die Staubablässe so eingerichtet

sind, daß sie von ungefährdeter Stelle aus zu betätigen sind, zur Abscheidung der feinen Teernebel werden Elektrofilter empfohlen. Es ist aber die Frage umstritten, ob diese in explosionsgefährdeten Räumen aufgestellt werden dürfen. Schlackenansätze werden durch Entstoßen entfernt, hierbei kamen früher die Arbeiter mit den aus den Stochlöchern schlagenden Flammen oder Gasen in Berührung; moderne Ringdüsen-Stochlochverschlüsse verhindern dies. Das Entaschen der Generatoren ist auch heute noch trotz verbesserter Feuerungen und Roste eine gefährliche Arbeit, bei der Unfälle vorkommen können. Ebenfalls die Reinigung der Gaskanäle und Gasrohrleitungen. Hier ist wichtig, vor Öffnen der Reinigungsklappen alle Gasreste aus den Leitungen zu entfernen, entweder durch Ausblasen mit Dampf oder mit inertem Gas. Das früher übliche Ausbrennen der alten Gaskanäle aus Mauerwerk sollte der Vergangenheit angehören. Je besser das Gas gereinigt ist, desto seltener sind die immer mit einem Betriebsstillstand und Leistungsausfällen verbundenen Reinigungsarbeiten. Für Arbeiten, die nur von innen her, also nur unter Befahren der Generatoren ausführbar sind, fordert die neue Vorschrift eine schriftliche Anordnung des Betriebsleiters und eine besondere Aufsicht. Nur so ist ein gefahrvolles Nebeneinander einzelner Arbeitsgruppen zu verhindern. Bei längerem Befahren ist ein Arbeiterwechsel erforderlich. Die Besprechung der einzelnen Gefahrschwerpunkte untermalt der Verf. mit der Schilderung typischer Unfälle, die sich beim Einhalten der neuen Vorschrift hätten vermeiden lassen.

E. BORN (Köln)

**Aldo Palma: Incidenza della ulcera gastro-duodenale in un quinquennio di pratica ospedaliera.** (Die Häufigkeit von Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren im Lauf einer 5jährigen Krankenhauspraxis.) [Ist. di Med. Legale e d. Assicuraz., Univ., Napoli.] *Folia med.* (Napoli) 45, 825—837 (1962).

Im Laufe von 5 Jahren beobachtete Verf. eine Anzahl von Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren, die 30% aller Magen- und Darmaffektionen ausmachten; vorwiegend handelte es sich um Zwölffingerdarmgeschwüre, die in einem Verhältnis von 2:1 bei Männern und von 3:1 bei Frauen auftraten. Die klinischen Eigenheiten, der Verlauf, die möglichen Komplikationen, das operative Risiko und die mehr oder minder ernsten, postoperativen Komplikationen machen aus dieser Erkrankung eine ernste Krankheit von sozialer Bedeutung. Erwerbs- und Leistungsfähigkeit erfahren durch sie periodisch wiederkehrende, manchmal auch jahrelang anhaltende Verminderung. Ein kausaler Zusammenhang mit bestimmten Tätigkeiten oder Berufen konnte jedoch bisher nicht festgestellt werden.

G. GROSSER (Padua)

## Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

● **Karl Jaspers: Gesammelte Schriften zur Psychopathologie.** Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963. VIII, 421 S. Geb. DM 36.—.

Es war ein glücklicher Gedanke des Verlages, die gesammelten Schriften des Verf. zu seinem 80. Geburtstage in einem preiswerten Bande herauszubringen. Der Aufsatz „Heimweh und Verbrechen“ war seine Dissertation, sie ist im Jahre 1909 im Arch. Kriminol. erschienen, der Aufsatz über den Eifersuchtswahn im Jahre 1910 in der Z. ges. Neurol. Psychiat. Das kritische Referat über die Methoden der Intelligenzprüfung und den Begriff der Demenz erschien in der gleichen Zeitschrift und im gleichen Jahre. Der Aufsatz über die Analyse der Trugwahrnehmung kam im Jahre 1911 und die Ergänzung im Jahre 1912 in der gleichen Zeitschrift heraus. Der letzte Aufsatz über leibhaftige Bewußtheiten wurde gedruckt in der Zeitschrift für Pathopsychologie im Jahre 1913. Der gerichtsmedizinisch orientierte Arzt wird mit besonderem Interesse die kritische Darstellung der Methoden der Intelligenzprüfung lesen und vielleicht schmunzelnd an frühere Zeiten denken. Es handelt sich hier natürlich nicht um ein abgeschlossenes Lehrbuch, sondern um ein Lesebuch, das mit Vergnügen zur Kenntnis genommen wird; das klassische Deutsch des Verf., das frei ist von schwülstigen Hochspielungen im Stil, könnte für viele auch jetzt ein Vorbild sein.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **J. Gottschick: Psychiatrie der Kriegsgefangenschaft dargestellt auf Grund von Beobachtungen in den USA an deutschen Kriegsgefangenen aus dem letzten Weltkrieg.** Stuttgart: Gustav Fischer 1963. IX, 269 S. Geb. DM 34.50.

Eine zum Teil unter dem unmittelbaren Eindruck der Erlebnisse 1947 vorentworfene und jetzt ausgeführte eingehende Darstellung von Beobachtungen an deutschen Kriegsgefangenen in den USA aus dem letzten Weltkrieg. Es werden 62 Fälle ausführlicher berichtet, die nach