

der muskulären Septumkuppe reitenden Hisschen Bündel mit zugeschliffenen Nadeln unter Beobachtung mit einer binocularen Lupe die Bindegewebshülle entfernt. Die Äste des RLS werden mit Borsten unterfahren. Mehrmals lag der Stamm des Hisschen Bündels tief in der Muskulatur. Der linke Schenkel des RLK war erheblich schwieriger als der rechte zu präparieren. Zur Darstellung des Aschoff-Tawara-Knotens wird in die linke Vorhofsmuskulatur auf einer Linie eingegangen, die vom Coronarvenensinus zum hintersten Punkt der Pars membranacea verläuft.

W. HORT^{oo}

A. Schöntag: Erst umfassende Sicherung des Beweismaterials führt zur Identifizierung des Tatwerkzeugs. Arch. Kriminol. 132, 26—30 (1963).

Beschreibung des kriminaltechnischen Untersuchungsganges und der Befunde bei einem Fall von Sachbeschädigung (Einschlagen einer rechteckigen Öffnung in den Kotflügel eines Kfz, Zimmermannshammer als Tatwerkzeug). — Die Sicherung von Lacksplittern mittels Tesastreifen ist unsachgemäß, Klebematerial bleibt an den Farbspuren haften und verfälscht die spurenanalytische Untersuchung. Auch eine Waschung der Lacksplitter würde die Spurenanalyse verfälschen, da mit dem gelösten Klebstoff Spurenelemente in den Lacksplitter hineingetragen und andere Spurenelemente aus der Lackschicht entfernt werden. NÄEVE (Hamburg)

Kura Yamazaki: A medico-legal examination of tire-treads printed on nylon jumper. (Gerichtsmedizinische Untersuchung eines Reifenabdruckes an einem Nylon-Pullover.) Acta Crim. Med. leg. jap. 29, 15—18 (1963) [Japanisch].

Durch Beobachtung einer Strukturänderung im Textilgewebe gelang es, das Reifenprofil darzustellen, wobei zu bemerken ist, daß der Abdruck durch Fremdkörper wie Öl oder Schmutz nicht besser sichtbar wurde. Ein Versuch, auf experimentellem Wege die gleichen Veränderungen des Textilgewebes zu erzielen, mißlang.

R. NANIKAWA (z. Z. Heidelberg)

Versicherungs- und Arbeitsmedizin

● **Arbeitsmedizinische und betriebliche Probleme der Frauenarbeit. Arbeitshygienische Fortbildungskurse 1960.** Leiter: ARTUR BRANDT. Red.: H.-G. HÄUBLEIN u. K. RENKER. (Beitr. z. Betriebsgesundheitschutz. Hrsg. von G. BITTERSÖHL, E. GNIZA, H.-G. HÄUBLEIN u. a. Bd. 7.) Berlin: Vlg. Volk u. Gesundheit 1962. 120 S., 13 Abb. u. 13 Tab. Geb. DM 14.50.

Es handelt sich um eine Zusammenstellung mehrerer Vorträge im Rahmen arbeitshygienischer Fortbildungskurse über die Probleme, die sich aus der Frauenarbeit ergeben. Die Analyse vieler Betriebe ergab, daß die Frauen vorwiegend in den niedrigen Lohngruppen 1—4 beschäftigt waren und daß in den höheren Lohngruppen 5—8 nur ein geringer Anteil Frauen als Werk tätige zu verzeichnen war. Abhilfe soll geschaffen werden (KAHLE); denn die moderne Wirtschaft ist ohne Einsatz der Frauen nicht mehr denkbar. Jede Frau soll an ihrem Arbeitsplatz die Möglichkeit, entsprechend ihrer Fähigkeit eingesetzt zu werden, und insbesondere Gelegenheit, sitzend tätig zu sein, erhalten. Es ergeben sich schwerwiegende Probleme für die erwerbstätige Frau, die bei der Einstellungsuntersuchung oft organisch gesund befunden wird und dann in der Arbeit unter verschiedenartigen Symptomen versagt oder vorzeitig Verschleißerscheinungen bietet. Der Betriebsarzt soll sich deshalb vor allen Dingen um die Probleme der erwerbstätigen Frauen kümmern (POSSNER). Die Bestimmungen über den Arbeitsschutz enthalten in der DDR das Verbot schwerer und gesundheitsschädlicher Arbeiten für die Frau. Außerdem sollen beim Einsatz in Überstunden und Nacharbeit deren Verpflichtungen als Mütter von Kleinkindern berücksichtigt werden. Ebenso sind Überstunden und Sonntagsarbeit für schwangere Frauen vom Beginn des 4. Monats an verboten (WILDNER). Jeder Betrieb erhält Mittel für den Gesundheits- und Arbeitsschutz. Besonders ist es die Aufgabe der Werksleitung, für die Erleichterung der Frauenarbeit Sorge zu tragen (VATER). Der Betriebsarzt hat dabei den Gesundheitszustand zu überwachen, insbesondere auch während der Schwangerschaft, während oder nach einer Entbindung. Rund 75% der Frauen nehmen nach der Entbindung ihre Arbeit wieder auf (GERST). Als Ausgleich für die einseitige Lebensweise als Folge der beruflichen Tätigkeit wird der Betriebs-sport propagiert. Durch Zusammenarbeit von Betriebs-, Sport- und Frauenärzten werden bestimmte Programme ausgearbeitet (FISCHER). Nicht übersehen werden darf die besondere Belastung der verheirateten berufstätigen Frau. Die Belastung der Frauen, die zwei Jugendliche

und einen Haushalt zu betreuen haben, ist am größten, während die Frauen mit zwei Kindern bis zu 14 Jahren am besten beruflich belastbar sind. Dazu werden Messungen mitgeteilt. Wahrscheinlich spielt das Lebensalter dabei eine Rolle (KRÜGER). Die verschiedenen Betriebe bieten verschiedene arbeitshygienische Probleme (OPROTKOWITZ). Die Krankheiten, die in den einzelnen Gewerbebetrieben vorkommen, weichen etwas voneinander ab (SCHÜMANN, HÜBNER). Frauen sollen etwas häufiger erkältet sein, häufiger Krankheiten der Leber erleiden als Männer. Dafür kommen bei diesen häufiger Erkrankungen des Magens und Zwölffingerdarms vor sowie Infektionen der Haut und des Zellgewebes (KOLLMORGEN). Die Ergebnisse der einzelnen Ref. stimmen im großen und ganzen mit den Erfahrungen, die in Westdeutschland gemacht wurden, überein.

E. TRUBE-BECKER (Düsseldorf)

● **Entscheidungen des Bundessozialgerichts.** Hrsg. von seinen Richtern. Bd. 19. H. 1. Köln-Berlin: Carl Heymanns 1963. S. 1—64.

Im ersten Heft des neuen Bandes beanspruchen nachfolgende Entscheidungen medizinisches Interesse: Ein Elektromonteur war etwa 6 Wochen lang beruflich in einem Lungenanatorium tätig gewesen. Er hatte die entsprechenden Räume mit Fernsprechanlagen versehen und die Musik-Übertragungsanlage überholt. Ein Jahr später wurde bei ihm eine offene Lungentuberkulose festgestellt. Das SG und das LSG hatten die Meinung vertreten, der Erkrankte habe in dieser Zeit zum Personal des Krankenhauses gehört. Die Tuberkulose sei daher eine entschädigungspflichtige Berufskrankheit; auch im Schrifttum wird gelegentlich diese Auffassung vertreten. Das BSG stellte sich jedoch auf den Standpunkt, daß ein Monteur, der im Rahmen seiner Tätigkeit in einem Krankenhaus arbeitet, auch dann nicht zum Kreis der gegen die Infektion versicherten Krankenhausangehörigen gehört, wenn er hierbei einer erhöhten Ansteckungsgefahr durch Kontakt mit Patienten ausgesetzt ist (Urteil des 2. Senats v. 1. 3. 63, AZ 2 RU 10/61, S. 1). Wenn ein ehemaliger Amtsleiter der früheren NSDAP dem Volkssturm zugeteilt wurde, um Propaganda-Reden zu halten oder die Moral der Truppe zu stärken, so ist dies kein Dienst im deutschen Volkssturm im Sinne des BVG; wenn er aber den Befehl über Einheiten des Volkssturmes hatte, so gilt er als Volkssturmangehöriger (Urteil des 11. Senats vom 22. 3. 63, AZ 11 RV 844/59, S. 8). — Ein Rentner, der noch Mitglied der Krankenkasse war, hatte als Privatpatient ein Krankenhaus aufgesucht und nach längerer Zeit die zuständige Krankenkasse um Erstattung der Verpflegungskosten für die dritte Klasse gebeten. Das BSG billigte die Ablehnung dieses Anspruches. Der Erkrankte hätte die Zustimmung der Kasse für die Aufnahme in das Krankenhaus über den behandelnden Arzt sofort nach Aufnahme einholen müssen; nur in besonders gelagerten Eilfällen könne anerkannt werden, daß derartiges nicht möglich ist. Im vorliegenden Falle billigte das BSG die Ablehnung der Kostenübernahme seitens der Krankenkasse. (Urteil des 3. Senates vom 26. 3. 63 AZ 3 RK 76/59). — Der Versicherte war Stewart in der Offiziersmesse eines 2600 BRT großen Dampfschiffes, das über den Atlantik fuhr. Das Schiff hatte an der Grenze eines Sturmgebietes begedreht, es schlingerte und stampfte hart und nahm Wasser über Deck und Luken. Morgens um 5,45 Uhr fand ein Matrose den Stewart im Nachtzeug auf dem Boden seiner Kammer liegend vor; es bestand eine tiefe Ohnmacht, um 9 Uhr trat der Tod ein. Ein Arzt war nicht an Bord. Das zuständige LSG hatte die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft anerkannt, weil eine „Rechtsvermutung“ des Inhaltes besteht, daß die Tätigkeit im Betriebe eine mitwirkende Todesursache sei. Das BSG stimmte dem nicht zu, das Gericht habe in freier Beweiswürdigung zu entscheiden, ob der Tod mit der versicherten Tätigkeit ursächlich zusammenhängt. (Entscheidung des 2. Senates vom 29. 3. 63, AZ 2 RU 75/61, S. 52).

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation in der Praxis.** Hrsg. von HANS HAERKAMP und WERNER TIEGEL. (Schriftenr. d. Zentralverbandes d. Ärzte f. Naturheilverfahren. Bd. 6.) Hamburg: Med.-Literarischer Vlg. Dr. Blume & Co. 1961. 135 S. DM 9.80.

Der Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren veranstaltete auf seinem Kongreß im September 1960 in Freudenstadt eine Sondertagung mit dem Thema „Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation in der Praxis“. Die dort gehaltenen Vorträge liegen im 6. Band dieser Schriftenreihe vor. L. KREUZ (Tübingen) referierte über „Wesen und Zielsetzungen der Rehabilitation in der Orthopädie und Unfallheilkunde“, als besondere Forderungen stellte er heraus, dem körperlich Behinderten und dem organisch Geschädigten einen angemessenen Einsatz im Erwerbsleben und wenn irgend angängig die Rückkehr an seine alte Berufsarbeit mit all ihren segensreichen sozialen Folgewirkungen zu sichern, sowie die Wettbewerbsfähigkeit zu erreichen, die

dem Patienten die soziale und personale Wiedereingliederung ermöglicht. B. OSTERTAG u. R. KRAUSS-RUPPERT (Tübingen) brachten Beiträge zum Thema „Konstitution und Rehabilitation“ unter besonderer Berücksichtigung endogener und erworbener Faktoren, wie auch der Konstitutionsablenkung. W. KOHLRAUSCH (Freudenstadt) sprach über die von ihm durchgeführten Trainingsbehandlungen bei Kreislaufschäden, W. GMEIN (Immenstadt) brachte kritische und konstruktive Anmerkungen zur Durchführung stationärer Tuberkulose-Heilverfahren. J. RUPPERT (Adelsheim) beleuchtete das Tagungsthema in versicherungsmedizinischer Hinsicht als erfahrener Rentengutachter. K. KÖTSCHAU (Riedering) ging besonders auf „ganzheitswissenschaftliche Grundlagen der Gesundheitsvorsorge“ ein, ihm erschien der „Aufbau einer Ganzheits- und Gesundheitswissenschaft wichtiger, als alles bisherige naturwissenschaftliche medizinische Tun“. H. PETERI (Köln) gab Hinweise für eine Intensivierung der Gesundheits-erziehung in der Bevölkerung. P. BECKMANN (Ohlstadt), W. SCHAUWECKER (Benzheim) und W. GROH (Badenweiler) berichteten über eigene Behandlungsmethoden und Therapieerfolge im Frühheilverfahren. H. KOLB (Wetzlar), ein mikrobiologischer Therapeut, der mit Symbiontentherapie („jede Störung der physiologischen Bakteriensymbiose ist eine potentielle Krankheit“) nicht nur akute Erkrankungen angeht, sondern auch Prävention bei chronischen Leiden betreibt, berichtete über eigene Beobachtungen. K. O. KUPPE (Oldenburg) sprach über „Atempflege als Vorsorge“. Als Geschäftsführer von LVAn sprachen R. CARO (Stuttgart) und K. H. NERFORTH (Karlsruhe) zu aktuellen versicherungsmedizinischen und rechtlichen Fragen der Rehabilitation. Als Politiker kam L. PRELLER (Eppenheim/Ts) mit einem Referat über „Gesundheitsvorsorge als Aufgabe des Gesetzgebers“ und als Standesvertreter S. HÄUSSLER (Stuttgart) zu Wort. Den Abschluß bildete ein psychoanalytisch orientierter Vortrag von GRAF WITTGENSTEIN (München) zum Thema „Notwendige sexuelle Aufklärung als Vorbeugung“. G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

● H. Valentin und J. Kann: **Zur Klinik und Begutachtung der Atmungsstörungen unter besonderer Berücksichtigung der chronischen Verschleißkrankheiten der Lungen und der Silikose.** (Berufskrankh. i. d. keramisch. u. Glas-Industrie. H. 12.) Würzburg: Berufsgenossensch. d. keramischen u. Glas-Industrie 1962. 60 S. u. 30 Abb. DM 3.—.

Nach allgemeinen Ausführungen über die sozialmedizinische Begutachtung und nach übersichtlichen Tabellen über Ursache und Differentialdiagnose der Hauptsymptome, nämlich der Dyspnoe und der Cyanose, steht im Vordergrund die Begutachtung der Steinstaublunge beim lebenden Patienten. Den Verordnungen über die Silikose als Berufskrankheit folgt eine Darstellung der neuen internationalen Klassifikation und auch eine tabellarische Gegenüberstellung der alten Drei-Stadien-Einteilung mit der neuen erweiterten Pneumokonioseklassifikation. Der Hauptteil befaßt sich mit der Lungenfunktionsprüfung zur Begutachtung, insbesondere mit der Spirographie und der Analyse der arteriellen Blutgase. Nicht die Technik, sondern der Aussage- und Beweiswert der Ergebnisse wird diskutiert und auch in übersichtlichen schematischen Zeichnungen dargestellt — auch in Abhängigkeit von verschiedenen Formen und Schweregraden der Arbeit bei differenten Körperstellungen. Aus dem Untersuchungsgut der Autoren sind die Ergebnisse von 1000 Probanden aus dem Aachener Steinkohlenrevier, dem Siegerländer Erzbergbau, der kramischen und der Glasindustrie und dem Ruhrgebiet mit Silikose (ohne Tuberkulose) nach Größe, Gewicht, Alter, Expositionszeit, röntgenologischen Schweregraden, Lungenemphysem, Bronchitis, respiratorischer Arbeitsinsuffizienz aufgeschlüsselt und mit der Literatur verglichen. Dabei ergeben sich Unterschiede gegenüber anderen Gebieten und Ländern. Aus diesem Ergebnis wird eine Antwort auf folgende Fragen versucht oder gegeben: 1. Wann ist eine chronische Bronchitis oder ein Lungenemphysem durch Silikose bedingt oder wesentlich mitverursacht? 2. Sind diese Krankheiten als Folgen chronischer Staubbelastungen eine unabhängige oder selbständige Berufserkrankung? 3. Führen lange Staubinhalationen (ohne Silikose) zu vorzeitigem Lungenfunktionsverlust?

H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

● **Zu aktuellen Fragen der betriebsärztlichen Arbeit II. Erste Hilfe.** Von E.-G. DÜRING, H. GORZYNSKI, C. KERRINNES, E. KERSTEN, J. MORDEJA, H. THIELE. (Beitr. z. Betriebsgesundheitsschutz. Hrsg. von G. BITTERSÖHL, E. GNIZA u. H.-G. HÄUBLEIN u. a. Bd. 8.) Berlin: Vlg. Volk u. Gesundheit 1962. 119 S., 13 Abb. u. 8 Tab. Geb. DM 13.40.

Es handelt sich um einen Sammelband der Schriftenreihe „Beiträge zum Betriebsgesundheits-schutz“. Er beschäftigt sich in erster Linie mit der Versorgung Verletzter bis zur endgültigen

Behandlung im Krankenhaus. — Der erste Beitrag von J. MORDEJA ist eine Zusammenstellung der nach den neueren Erkenntnissen notwendigen Ausrüstung des Rettungspersonals. Besonders wertvoll ist der am Schluß der Ausführungen gegebene Hinweis über die häufig zu beobachtenden Mängel der Diagnostik. — H. THIELE beschäftigt sich in seinem Aufsatz über die Erste Hilfe des Betriebsarztes bei akuten inneren Erkrankungen und Vergiftungen. Es wird insbesondere auf die Zustände des Schocks und des Kollapses hingewiesen und auf die Geräte bzw. die Medikamente zu deren Bekämpfung eingegangen. — Der Beitrag von C. KERNNES (Leipzig) beschäftigt sich mit Wiederbelebung und künstlicher Beatmung bei elektrischen Unfällen, Vergiftungen und zentraler Atemlähmung, wobei er sowohl die Maßnahmen ohne Geräte, sowie die mit den zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln bespricht. — E.-G. DÜRING beschränkt sich bei der Besprechung der augenärztlichen Nothilfe im Betrieb auf einige Krankheits- und Unfallsituationen und stellt die Neuritis optica und die Ablatio retinae sowie die Verätzungen in den Mittelpunkt. — H. GORZYŃSKI diskutiert die Zweckmäßigkeit der Ausrüstung der Sanitätskästen und E. KERSTEN (Rostock) widmet sich speziell der Problematik des Wasserunfalles bei Schiffbruch und Seenot. Auch hier werden die Sanitätseinrichtungen auf den Schiffen und die Ausrüstung der Rettungsboote eingehend diskutiert.
F. PETERSOHN (Mainz)

K. H. Heuer: Die wesentlichsten Begriffe des deutschen Sozialrechts und ihre Konkretisierung im Einzelhandeltatbestand. II. Die Kausalität. [6. Fortbild.-Kurs f. sozialmed. Begutachtungsk. f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 26.—28. IX. 1962.] *Med. Sachverständige* 59, 21—26 (1963).

In sehr scharfsinnigen Betrachtungen setzt sich Verf. mit der oft schwierigen Abgrenzung der verschiedenen Kausalitätslehren auseinander; die Adäquanztheorie, die Bedingungstheorie (Äquivalenztheorie) und die Theorie der wesentlichen Bedingung werden dabei im einzelnen kritisch besprochen. Als Kausaltheorie für das Recht der Sozialversicherung gilt die „Theorie der wesentlichen Bedingung“, die sich neben den beiden anderen entwickelt hat und mit der Bedingungstheorie des Strafrechts nichts zu tun hat; für die Sozialversicherung findet sie aber nur insoweit Anwendung, als ein Ursachenzusammenhang zwischen einem schädigenden Ereignis und einem Schaden überhaupt ein haftungsbegründendes Moment darstellt. Mindestens ebensoviel Schwierigkeiten wie bei der Abgrenzung der Kausalitätslehren treten bei der Frage auf, welche Erfolgsbedingungen nun als wesentlich anzusehen sind. Nach generellen Ausführungen des BSG müssen die Entscheidungen hierüber im Einzelfall „aus der Auffassung des praktischen Lebens“ abgeleitet werden. Schlagwortartig werden dazu einige instruktive Fälle der Praxis angeführt, denen man entnehmen kann, unter welchen tatsächlichen Voraussetzungen ein bestimmtes Ereignis als für den Erfolg wesentlich angesehen worden ist oder nicht. — Verf. vertritt eine ausgesprochen vermittelnde Stellung zwischen den Standpunkten des Juristen und der Auffassung des medizinischen Sachverständigen, und er möchte seine Ausführungen gewissermaßen als einen „Versuch zur guten Tat“ gewertet wissen.
W. JANSSEN (Heidelberg)

Franz Rath: Die rechtliche Beurteilung des Begriffs „Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise“. Erfolgreiche Berufung des Arztes. *Dtsch. med. J.* 14, 460—462 (1963).

Ein Arzt hatte sich dagegen gewandt, daß ein Teil seiner Verschreibungen als unwirtschaftlich von der KV beanstandet wurde; er strengte einen Rechtsstreit bei der Sozialgerichtsbarkeit an; ihre Zuständigkeit wurde zunächst bestritten, danach aber bestätigt. Das LSG Schleswig-Holstein entschied dahin, daß die KV verpflichtet sei, im Einzelfalle zu begründen, weshalb diese oder jene Medikation unwirtschaftlich sei; eine summarische Feststellung genüge nicht.

B. MUELLER (Heidelberg)

F. Rath: Die rechtliche Stellung der Prüfungsausschüsse der KVD in Fragen der Honorarverteilung. *Med. Klin.* 58, 1316—1317 (1963).

Die Prüfungsausschüsse der KVD können nach einer Entscheidung des Sozialgerichts Düsseldorf nicht in die Honorarverteilung eingreifen. Der Gesetzgeber rechnet nach § 368 n Abs. 4 RVO diese Tätigkeit nicht zu deren Aufgaben. Die Gestaltung der Honorarverteilung hat die KV im Rahmen ihrer allgemein gesetzlich festgelegten Organisationsgewalt vorzunehmen. Das schließt Ermessensüberschreitung, Ermessensmißbrauch und auch Ermessenswillkür nicht aus. Es wird ein bestimmter Fall zitiert, in welchem Prüfungsausschüsse der KVD Honorare eines Arztes gekürzt hatten, ohne daß auf bestimmte Behandlungsfälle eingegangen worden wäre.

TRUBE-BECKER (Düsseldorf)

RVO §§ 184, 192 (Gewährung von Krankenhauspflege bei schuldhafter Selbstverursachung der Krankheit). Eine Krankenkasse darf Krankenhauspflege nicht mit der Begründung versagen, der Versicherte habe sich die Krankheit durch schuldhaftige Beteiligung an einer Schlägerei zugezogen. Dies gilt auch dann, wenn die Krankenkasse in solchen Fällen auf Grund ihrer Satzung (§ 192 RVO) berechtigt wäre, die Zahlung von Krankengeld abzulehnen (Fortentwicklung von BSGE 13, 240 = NJW 61, 1278). [BSG, Urt. v. 30. I. 1963 — 3 RK 4/61, SG, Stuttgart.] Neue jur. Wschr. 16, 1894—1896 (1963).

Ch. Berlioz: La notion de durée dans l'assurance-maladie. Sem. méd. (Paris) 38, 733—736 (1962).

C. L. Paul Trüb: Die gesetzliche Neuregelung des Unfallversicherungsrechts. Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetz vom 30. April 1963. (UVNG). Med. Mschr. 17, 627—631 (1963).

Alle Leistungen aus dem UVNG (veröff. BGBL. I, Nr. 23, v. 9. V. 63, S. 241) setzen wie bisher einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit (BK) voraus und es besteht auch der bisher anerkannte Entschädigungsanspruch weiter, unabhängig von der Feststellung, ob der Versicherte fahrlässig gehandelt hat; der Entschädigungsanspruch richtet sich stets gegen einen zahlungsfähigen Schuldner. Die Mittel werden wie bisher allein von den Unternehmern aufgebracht, somit verliert der Verletzte, unter Berücksichtigung der Ablösung der Unternehmerhaftpflicht seinen Entschädigungsanspruch aus bürgerlich-rechtlichen Haftbeschwerden. Die Neuordnung bringt eine bundeseinheitliche Regelung und beseitigt die Rechtsunsicherheit, die aus divergierenden Länderrecht erwuchs. Das UVNG gründet sich verstärkt auf der Sozialrechtsvorstellung, daß Schadensverhütung besser als Entschädigung und daß Wiedereingliederung des Verletzten in das Arbeitsleben der Dauerberentung vorzuziehen ist. So liegt das Schwergewicht des Gesetzes jetzt auf der Unfallverhütung, der Ersten Hilfe, der Heilbehandlung, der Arbeits- und Berufsförderung. Auch die Leistungen für die Angehörigen sind erweitert, so beträgt z. B. die Witwenrente $\frac{2}{5}$ des Jahresarbeitsverdienstes, wenn ein waisenrentenberechtigtes Kind vorhanden ist. Kapitalabfindungen sind bis zu einer MdE von 30% möglich, für höhere MdE-Sätze entfallen sie, hier gibt es nur die darlehensweise Vorauszahlung der Rente für längere Zeiträume, wenn z. B. Haus- oder Grundbesitz erstrebt werden. Die Entschädigung für BK erstreckt sich nicht nur auf die in der BK-Liste aufgeführten Leiden, es können auch jetzt solche BK anerkannt werden, die nach medizinisch-wissenschaftlichen Neuerkenntnissen auf berufliche Einwirkungen zurückzuführen sind. Einzelfakten über Unfallverhütung (§ 537), Arbeitsunfall (§ 548), Versicherungsschutz (§ 539), Versicherungsfreiheit (§ 541 — nimmt z. B. Ärzte und Apotheker aus, soweit sie selbstständig sind), Leistungen (§ 546—635), Wiederherstellungsmaßnahmen (§§ 556—557), wie auch über Verletztengeld (§ 560) und Rente (§§ 570—588 — Vollrente = $\frac{2}{3}$ des Jahresarbeitsverdienstes, Teilrente erst bei Minderung der MdE um 20%). Bei Bezug mehrerer Dauerrenten tritt Rentenkürzung ein, wenn sie zusammen $\frac{2}{3}$ des höchsten Arbeitsverdienstes übersteigen) sind im Gesetzestext nachzulesen. Die Kenntnis des Dritten Buches der RVO (UVNG) ist für den gutachtlich tätigen Arzt unerlässlich, es sei deshalb hier auch auf den von F. ETNER herausgegebenen Kommentar hingewiesen (Verlag R. S. Schulz, München, 1963, Loseblattform). G. MÖLLEHOFF (Heidelberg)

Aldo Cucchi e Giuseppe Bottazzi: Contributto casistico alla valutazione del danno alla persona nei ciechi. (Über die Beurteilung von Verletzungsfolgen bei Blinden [kassuistischer Beitrag].) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Bologna.] *Criteria pen. Med. leg.*, N.S. 17, 181—186 (1962).

Im Hinblick darauf, daß Verletzungen der Hände nach einem Arbeitsunfall bei Blinden eine andere Beurteilung erfahren mußten als bei Sehtüchtigen, werden vom Verf. Vorschläge zu einer Renteneinstufung bei verschiedenen Arten von Handverletzungen unterbreitet.

H.-J. WAGNER (Mainz)

Hans Wilden: Die Entschädigung wegen Schadens an Körper und Gesundheit nach den Vorschriften des Bundesentschädigungsgesetzes (BEG). *Nervenarzt* 34, 70—73 (1963).

Das Bundesentschädigungsgesetz regelt Schäden an Körper und Gesundheit — neben materiellen Schäden, die hier unberücksichtigt bleiben sollen, — die aus Verfolgungsmaßnahmen der

NS-Ära abzuleiten sind. Dabei werden nach § 28 des o. a. Gesetzes grundsätzlich zu gewährende Entschädigungen davon abhängen, daß der Verfolgte durch NS-Verfolgungsmaßnahmen an Körper und Gesundheit nicht unerheblich geschädigt worden ist, dagegen nicht, wenn er als Verfolgte an einem Körper- oder Gesundheitsschaden leidet. Der Anspruch hängt allein davon ab, daß der Schaden auf nationalsozialistischer Verfolgungsgewaltmaßnahme beruht. — Als Beweiserleichterung ist zugelassen, daß nach § 28, Abs. 1 schon genügt, daß der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Schaden an Körper und Gesundheit und Verfolgung *wahrscheinlich* ist. Entschädigung wegen Schadens an Körper und Gesundheit erfolgt mittels Berentung. Sie erfolgt gemäß § 31, Abs. 1 BEG im Fall und für die Dauer der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 25% und richtet sich nach dem Grad der MdE. Der Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit und der Beeinträchtigung wird nach § 33 BEG nach der im allgemeinen Erwerbsleben gültigen geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit angesetzt. Anlagebedingte Leiden gelten nach § 4 der 2. DV BEG als durch NS-Gewaltmaßnahmen im Sinne der Entstehung verursacht, wenn sie durch diese Maßnahmen wesentlich mitverursacht sind. G. BLOCH (Kirchheimbolanden)^{oo}

B. Corrin: Aluminium pneumoconiosis. I. In vitro comparison of stamped aluminium powders containing different lubricating agents and a granular aluminium powder. [Dept. of Path., Univ., Manchester.] Brit. J. industr. Med. 20, 264—267 (1963).

B. Corrin: Aluminium pneumoconiosis. II. Effect of the rat lung of intratracheal injections of stamped aluminium powders containing different lubricating agents and of granular aluminium powder. [Dept. of Path., Univ., Manchester.] Brit. J. industr. Med. 20, 268—276 (1963).

E. Baur: Lungentuberkulose und Unfall. [Med. Abt., Schweiz. Unfall-Vers.-Anst., Luzern.] Z. Unfallmed. Berufskr. 56, 149—179 (1936).

Cl.-D. Moslener: Erkrankungen durch Arbeiten in Druckluft, Caisson- und Taucherarbeiten. Berl. Med. 14, 27—35 (1963).

Druck der 100 km hohen Luftsäule in Meereshöhe 1033 g/cm² (760 mm Hg). Auf dem menschlichen Körper (Oberfläche lastet in Meereshöhe ein Druck von 15—20 Tonnen. Da der menschliche Körper aus inkompressiblen Flüssigkeiten und festen Teilen besteht, würde noch eine 100fache Drucksteigerung keine direkten Druckschäden des Körpergewebes bewirken, erst in einem Druck, der einer Wassertiefe von 2000 bis 3000 m entsprechen würde, könnten Gewebeschäden auftreten. Die 10 m lange Wassersäule bewirkt einen Druck von 1 kg auf den cm² (735 mm Hg) und wird als technische Atmosphäre bezeichnet. Der normale Luftdruck verdoppelt sich also in 10 m Wassertiefe und verdreifacht sich in 20 m Wassertiefe usw. Das beeinflusst die im Körper enthaltenen kompressiblen Gasmengen und begrenzt die Fähigkeit des Tauchens mit Atemgeräten. Unter Verwendung von speziellen Atemgasgemischen liegt diese Grenze bei 200 m und wird sich auch hier nicht weiter ausdehnen lassen. Völlig andere Verhältnisse herrschen in Druckbehältern, hier bleiben die natürlichen Lebensbedingungen erhalten. Es ist für die physiologischen Bedingungen erforderlich, daß sich Gasdruck und Außendruck die Waage halten, sonst kommt es bei Unterdruck im kleinen Kreislauf zum Lungenödem und zur Herzdilatation. Nur kurze Zeiträume solcher Druckdifferenzen sind mit dem Leben vereinbar. Deshalb sterben Perlantäucher jung. Der Gasdruck im Thorax bei steigendem Außendruck kann nur solange gleich bleiben, wie der Thorax verkleinerungsfähig ist: Die Vitalkapazität kann durch äußeren Druck auf die Restkapazität von 4,5 auf 1,5 Liter verkleinert werden. Das ist bei einer Gesamtkapazität des Brustkorbes von 6 Liter nach einer vierfachen Drucksteigerung in etwa 30 m Tauchtiefe der Fall. Ein Überschreiten dieser Tiefe führt unweigerlich zum Lungenödem usw. Voraussetzung für diesen günstigsten Fall ist aber, daß bei voller Vitalkapazität schon vor dem Untertauchen tief eingeatmet wurde. Bei vollkommener Ausatmung erreicht man schon in viel geringerer Tiefe diese kritische Grenze, die darüber hinaus noch von individuellen Unterschieden abhängig ist. Eine Schnorchelatmung kann nur dann betrieben werden, wenn gerade eben das Gesicht mit Wasser bedeckt wird. Ein Österreicher, Dr. STIGLER, konnte 1913 nach 2 min langer Versuchsdauer, er atmete in 2 m Wassertiefe durch einen Schlauch, in letzter Sekunde mit schwerer Herzmuskelerkrankung geborgen werden. Die Atemmuskulatur kann nur gegen einen Druck von 60—70 cm Wasser arbeiten. Bei Schnorchelatmung in 1 m Wassertiefe lastet auf dem Thorax ein Übergewicht von 3—4 Zentnern. — Für das Ohr bedeutet

das Tauchen: Bei verschlossener Tube kommt es schon in einer Tiefe von 1—2 m als Warnsymptom zu Schmerzen, wird tiefer getaucht, so erfolgt die Perforation des Trommelfelles in 3 m Tiefe! Bei langsamerer Druckzunahme kann es über Ödembildung und blutig-seröser Ausschwitzung auch zu einem Hämatom der Pauke kommen. Das kalte Wasser im Mittelohr bewirkt einen Orientierungsverlust (calorischer Schwindel! Ref.). Es besteht so die Gefahr des Ertrinkens! Ein Hämatotympanon, eine Trommelfellperforation mit Blutabgang aus Ohrtrumpete und Gehörgang wird als Aero-otitis media bezeichnet. Danach kann es durch plötzliche Druckschwankungen zu Innenohrschäden kommen, auch Adhäsionen nach Paukenhöhlenhämatomen sind denkbar, ebenso werden mögliche Gehörknöchelchenarthrosen erwähnt. — Bei einem nicht funktionierenden Helmtauchergerät können bei ausbleibendem Druckausgleich, angefangen von leichten petechialen Blutungen bis zu den schwersten Sugillationen alle Zwischenstufen auftreten. Auge und Zunge können vorquellen, die Lippen werden aufgedunsen, ja der Unterdruck kann einen großen Teil des Körpers in den Helm hineinsaugen! Dieses echte Barotrauma wird als „Blaukommen“ bezeichnet. Neben dieser Aero-Otitis kann auch eine Aero-Sinusitis auftreten. Es entstehen neben den äußerst unangenehmen, meist halbseitigen Kopfschmerzen auch Anschwellungen der Nebenhöhlenschleimhäute und Ödeme. Bei vorhandenem Nasenrachenkatarrh sollte man nicht tauchen! Auch in hohlen Zähnen können solche Zustände, Aerodontalgien, auftreten, für die kleine Kavitäten unter Füllungen und Kronen verantwortlich sind. — Im Gegensatz zu diesen Erscheinungen stehen die Überdruckwirkungen beim Aufstieg aus tiefem Wasser und bei der Dekompression der Taucherglocke. Muß ein Taucher in 40 m Tiefe sein Atemgerät abwerfen und atmet er vorher noch einmal tief ein, so wird sich bis zum Auftauchen sein Thoraxluftinhalt von 6 Liter auf 30 Liter ausdehnen. Gelingt der Druckausgleich nicht in genügend kurzer Zeit, so entsteht über eine Alveolarruptur ein Pneumothorax, ein Mediastinalemysem und ein Emphysem der Haut im Hals-, Schulter- und Kopfbereich. Luft die in die Gefäße des Lungenkreislaufs eindringt, führt bei aufrechter Körperhaltung zur Hirnembolie. Diese Zwischenfälle entstehen bereits bei einer Druckdifferenz von 80 mm Hg oder 1 m Wasser! Das war die häufigste Todesursache beim Ausstieg aus einem gesunkenen U-Boot! Zumal die Tauchretter noch falsch konstruiert waren und dem Schiffsbrüchigen einen schnellen Aufstieg ermöglichten, aber Ausatmung hinderten. Lediglich auf die Ausatmung kommt es bei einer Dekompression an! Dyspnoe, blutiger Auswurf und Luftemphysem nach dem Auftauchen bedürfen sofortiger ärztlicher Behandlung in einer Druckkabine: Absaugen des Pneumothorax (Kammerdruck zwischen 4 und 6 Atmosphären). Ein guter Erfolg hängt also davon ab, ob eine der Tympanoplastik temporalis abgedeckt und darauf den zurechtgeschnittenen Gehörgangskammerdruck zwischen 4 und 6 Atmosphären). Ein guter Erfolg hängt also davon ab, ob eine geeignete Druckkammer und ein versierter Arzt in der Nähe ist! Ein beim Auftauchen verstopfte Tube oder ein Gehörgangsstöpsel, eine Ohrkappe u. ä. kann durch Überdruck in der Paukenhöhle ebenfalls zum Hämatotympanon und zur Trommelfellruptur und allen schon skizzierten Schäden führen. Keine Ohrenstöpsel und keine abschwellenden Mittel vor dem Tauchen! Das gleiche gilt für Nebenhöhlen und Zähne! — Schon unter Normalzuständen ist das Atmen reinen Sauerstoffes (5facher Partialdruck) gefährlich und führt in 48 Std zu einer subcutanen Oxydase: Bronchopneumonie und Pneumose mit erschwertem Gasaustausch und Dyspnoe. Unter höheren Sauerstoffpartialdrucken kommt es zur akuten Oxydase: Wenn mit reinem Sauerstoff in etwa 30 m Tiefe geatmet wird, so treten nach einem kurzen Prodromalstadium Übelkeit, Brechreiz und Zuckungen der mimischen Muskulatur und später Krampfstadien mit Bewußtseinsverlust ein. Die erste Krampfphase führt nach etwa 15 min zu einer Erholungsphase und zum zweiten Anfall. Eine Erholung aus dem ersten Anfall ist noch möglich, die zweite Krampfphase führt in der Regel innerhalb weniger Minuten zum Tode. Der Mechanismus dieser Vergiftung besteht in der Kohlendioxidstauung in der Peripherie durch die optimale Sauerstoffsättigung des Hämoglobins. Manche Taucher versuchen diesen Gefahren zu entgehen indem sie, entgegen den Vorschriften der Bedienungsanleitung, vor dem Untertauchen 2mal tief in den Sauerstoffatembbeutel ausatmen. In größeren Tauchtiefen ist durch den hohen Druck der so erzielte Gewinn (Herabsetzung des Partialdruckes) nicht erheblich. Dafür kann aber beim Auftauchen ein Sauerstoffmangel auftreten, Der Sauerstoff kann verbraucht sein, das ausgeschiedene Kohlendioxid wird absorbiert, der Stickstoff bleibt im Beutel: Cyanose, leichte Unruhe, Euphorie, Desorientiertheit und Verlust der Initiative treten ein. Der nun einsetzenden Bewußtlosigkeit kann der Taucher deswegen nicht mehr entgehen. Nur wenige Minuten später tritt der Tod ein. — Fällt dagegen die Alkalipatrone des Gerätes aus, treten diese Folgen ein: Kohlendioxid ist in der Luft zu 0,3%, Partialdruck 0,2 mm Hg, vorhanden. Ein Partialdruck bis 15 mm Hg kann vertragen werden (Volumenanteil 2,5% in Höhe des Wasserspiegels, 0,5% in 40 m Wasser-

tiefe). Trotzdem ist schon eine in Ruhe vergrößerte Atmung und bei Arbeit deutlicher Luft-hunger verspürbar. Weitere Steigerungen, 5% in Meereshöhe und 1% in 40 m Tiefe führt zu Schweißausbruch, Schwäche und Angstgefühl, Ohrensausen, starken Kopfschmerzen und mühe-voller vertiefter Atmung. Bei 10% in Meereshöhe und 2% in 40 m Tiefe tritt Bewußtlosigkeit ein, die bei 25% in Meereshöhe und 5% in 40 m Wassertiefe trotz ausreichender Sauerstoff-versorgung in den Tod übergeht. — Sauerstoffvergiftungen in Caissongeräten und unter Druck-masken sind nur in geringem Grade möglich. Als neue Gefahr hierbei kann der Tiefenrausch entstehen. Nach neueren Untersuchungen handelt es sich dabei um eine Ventilationserschwerung und dadurch erhöhte CO₂-Spannung. Von 30 m Wassertiefe an kann der Tiefenrausch ein-treten. In 60 m Tiefe stellt er eine akute tödliche Gefahr dar. Man soll in diesen Tiefen niemals allein tauchen. — Für die Caisson-Krankheit ist der Stickstoff verantwortlich. Es kommt zu einer Stickstoffanreicherung in Blut und Geweben, die unbemerkt vertragen wird. Die Wieder-ausscheidung dagegen läßt bei raschem Druckabfall im Blut Blasen entstehen. Bei langsamen Druckabfall wird der Stickstoff stumm abgeraucht. Entstehen Blasen, so kommt es zur Marmo-rierung der Haut mit Jucken (Taucherflöhe). In Gelenkumgebung entstehen „Bends“ durch Kapseldehnung, im ZNS können Querschnittslähmungen und apoplektiforme Bilder beobachtet werden. Herzinfarkt, Luftembolie und Knocheninfarkte sind möglich. Je größer der Druck war und je länger die Tauchzeit, um so gefährlicher das rasche Dekomprimieren. Symptome können noch 24 Std nach dem Auftauchen auftreten. Behandlung: Möglichst schnelle Rekom-pression, steht eine Druckkammer nicht zur Verfügung erneut unter Wasser, wobei 60 m Wasser-tiefe tunlichst nicht überschritten werden sollen. Da die Austauschzeiten sehr lang sind und die Kapazität der Preßluftschwimmgeräte übersteigen, sollte mit diesen Geräten nie so tief getaucht werden. Tieftaucher ohne Druckkammer sollten dann nur entsprechend kurze Zeiten, die aus Tabellen ersichtlich sind, in der Tiefe bleiben. Die Austauschzeiten sind für normale Druck-werte errechnet worden, deshalb Vorsicht beim Tauchen in Hochgebirgsseen, in 2500 m Höhe lastet auf dem Wasser nur noch 1/4 Atmosphäre, der relative Druckanstieg beim Tauchen ist also beträchtlich höher.

GÜTTICH (München)^{oo}

P. Lechien et L. Coutelier: Utilisation d'une méthode semi-quantitative de dosage des porphyrines urinaires dans la surveillance en série des travailleurs exposés au saturnisme. Arch. belges Méd. soc. 21, 219—237 (1963).

Irving Abrahams, John T. McCarthy and Saul L. Sanders: 101 cases of exfoliative dermatitis. (101 Fälle von exfoliativer Dermatitis.) [Dept. Dermat., Coll. of Physic. and Surg., Columbia Univ., Dermat. Serv., Presbyterian Hosp., New York, N.Y.] Arch. Derm. (Chic.) 87, 96—101 (1963).

Der Arbeit liegen 101 Fälle von generalisierte exfoliativer Dermatitis zugrunde, die von 1930—1960 im Columbia Presbyterian Medical Center beobachtet wurden. Die absolut höchste Vorkommenshäufigkeit wurde in der Altersklasse 45—59 Jahre beobachtet (41% aller Fälle), die relative Altershäufigkeit war am größten in der Klasse der 70—79jährigen. In etwa der Hälfte der Fälle blieb die Ätiologie unklar, in 16 Fällen lag primär eine Psoriasis, in 11 Fällen ein Arzneiexanthem zugrunde; in 8 Fällen lag eine Leukämie bzw. ein malignes Lymphom vor. Die histopathologischen und Laborbefunde waren (abgesehen von den Lymphom-Leukämie-Fällen) uncharakteristisch. 24mal zeigten die Lymphknotenbiopsien das Bild der dermopathischen Lymphadenitis. Bei 73 Patienten heilten die Hauterscheinungen ab, 19 starben an Komplika-tionen, 8 konnten nicht weiterverfolgt werden und bei einem Patienten bestehen die Hauterscheinungen seit nunmehr 27 Jahren in unveränderter Form. Die frühere Therapie hatte rein sym-ptomatischen Charakter und war nicht sehr effektiv. Ein Urteil über die Corticoide erscheint noch verfrüht; jedoch gelingt es damit offenbar, manche der früher tödlichen Komplikationen zu vermeiden.

G. WAGNER (Kiel)^{oo}

H. Desoille: Organizzazione della medicina del lavoro in Francia. Folia med. (Napoli) 46, 529—533 (1963).

Luigi De Francesco e Franco Mainenti: Considerazioni medico-sociali sullo stato attuale della profilassi antitracomatosa e necessità dell'isolamento ope legis degli ammalati in fase attiva. [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Napoli.] Salernum (Pompei) 4, Nr 1, 107—118 (1961).

Franco Mainenti e Bruno Pozzo Balbi: Rilievi clinico-statistici e medico-sociali sulle cardiopatie all'osservazione ambulatoriale. [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Napoli.] *Salernum (Pompei)* 4, Nr 3, 58—82 (1961).

Ch. Guyotjeannin, J. Lecocq et F. Mirot: Etude hématologique chez des ouvriers travaillant au contact des résines époxy. [3. Journ. Nat. Path. tox., Paris, 20.—21. IX. 1962.] *Arch. belges Méd. soc.* 21, 319—324 (1963).

S. Matracia, D. Mancino e D. Caradonna: Dimostrazione della capacità a produrre tasche granulomateose da parte di un pulviscolo atmosferico. (Über die Granulombildung durch feinen Staub.) [Ist. di Pat. Gen., Univ., Palermo.] *Folia med. (Napoli)* 46, 136—141 (1963).

Bei experimentellen Versuchen mit Ratten wurde festgestellt, daß 20 mg feinsten Staub, der aus Luftproben gesammelt und entnommen wurde, ausreichen, um bei subcutaner Beibringung granulomatöse Pseudocysten hervorzurufen.
Hans-Joachim WAGNER (Mainz)

P. V. Lundt: Sozialhygiene — Sozialmedizin, Versuch einer Standortbestimmung. *Bundesgesundheitsblatt* 6, 181—185 (1963).

Verf. hat seine Ausführungen in diesem Jahre auf dem Kongreß des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten in Goslar vorgetragen. Die soziale Medizin ist scharf abgegrenzt von der Versicherungsmedizin und vom versicherungsmedizinischen Gutachterwesen. Es handelt sich vielmehr um eine spezielle Forschungsrichtung im Gesamtbereich der klinischen Medizin. Die Sonderstellung dieses Wissenschaftszweiges gründet sich auf die spezielle Fragestellung, charakterisiert durch die soziale Gruppe als Forschungsobjekt im Gegensatz zur individualpathologischen Orientierung der klinischen Medizin im engeren Sinne; sie hat ihre eigenen Methoden.
B. MUELLER (Heidelberg)

P. V. Lundt: Arbeitsmethoden der Sozialmedizin. *Bundesgesundheitsblatt* 6, 101 bis 103 (1963).

Es handelt sich um programmatische Ausführungen. Von Methoden werden genannt: Die medizinalstatistische Analyse, die Epidemiologie und die Felduntersuchung. Unter Felduntersuchung versteht Verf. Reihenuntersuchungen eines Kollektivs von Persönlichkeiten ungefähr gleicher Art oder von Persönlichkeiten, die unter gleichen Umständen tätig sind, z. B. Körperbehinderte oder eine Reihenuntersuchung von Jugendlichen in Fabriken usw.
B. MUELLER

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

● **Gustav Hofmann: Experimentelle Grundlagen der multifaktoriellen Genese der Schizophrenie. Unter besonderer Berücksichtigung der Zwillingsforschung und der Stoffwechselforschung.** Wien: Springer in Kommiss. 1963. 193 S. u. 9 Abb. DM 25.40.

Bei Annahme einer multifaktoriellen Genese der Schizophrenie wird man erkenntnistheoretisch auch für alle Einzelfaktoren primär „equifinality“ gelten lassen, die zur Auslösung und Gestaltung der Psychose führen oder am weiteren Schicksal solcher Kranken beteiligt sind. Kausalbeziehungen etwa zwischen Stoffwechselfvorgängen oder sozio-kulturellen Einflüssen und einem psychopathologisch auffälligem Verhalten können damit nicht aufgestellt werden, da es sich um inkommensurable Größen aus kategoriell unterschiedlichen Seinsebenen handelt. Andererseits ist es aber durchaus vertretbar, Stoffwechselabläufe und ihre Störungen unter Berücksichtigung methodologischer Aspekte (Kontrollgruppen, Reproduzierbarkeit etc.) an sich zu unterscheiden, die Frage nach dem Stellenwert der Einzelerhebungen wird damit zunächst nicht aufgeworfen. Angeregt durch Arbeitsergebnisse vieler Humangenetiker, die die Schizophrenie ursächlich auf Gen-Defekte beziehen und hieraus Vererblichkeit folgern, sucht die biochemische Forschung unter anderem bei eineiigen Zwillingen nach umschriebenen Stoffwechselstörungen auf zellulärer Ebene. Verf. betont, daß an der Annahme einer „Krankheit Schizophrenie“ und ihrer Abgrenzbarkeit festgehalten werden müsse, da man sonst in Epiphänomenen steckenbleibe, physiologisch-chemische Untersuchungen könnten vielleicht später wesentlich zur Klärung genetischer und nosologischer Fragen beitragen, wie auch objektiv meßbare Tatbestände für die Beurteilung der Valenzen von Einzelfaktoren finden helfen. Autor legt nach