

Versicherungs- und Arbeitsmedizin

● **Franz Koelsch: Das Aluminium in der Arbeits- und Versicherungs-Medizin.** (Beih. z. Zbl. Arbeitsmed. H. 7.) Darmstadt: Dr. Dietrich Steinkopff 1964. 86 S., 4 Abb. u. 3 Tab. DM 18.—

Die vorliegende Monographie von FRANZ KOELSCH erscheint als 7. Beiheft zum Zentralblatt für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz. Entsprechend dem Ziel der modernen Arbeitsmedizin, die beruflichen Beanspruchungen und gesundheitlichen Belastungen der einzelnen Berufsgruppen aufgrund der physiologischen und technischen Arbeitsbedingungen zu erforschen, um daraus die prophylaktischen und versicherungsrechtlichen Folgerungen zu ziehen, hat Verf. seine vieljährigen praktischen Erfahrungen auf dem Gebiet der arbeitsmedizinischen Probleme des Aluminiums zusammengefaßt. Besonders befaßt er sich dabei mit der Aluminiumstaublung, was dadurch gerechtfertigt wird, daß seit deren Anerkennung als entschädigungspflichtige Berufskrankheit in Verknüpfung der technischen Voraussetzungen oder des klinischen Bildes oft Fehlurteile gefällt wurden. Während des Krieges von großer Wichtigkeit, hat das Problem zur Zeit geringere Bedeutung. Auch dies läßt ein Festhalten aller gewonnenen diagnostischen, klinischen und arbeitsphysiologischen Erkenntnisse wertvoll erscheinen. Das gesichtete Material erfaßt neben einigen Hundert Untersuchungsfällen 70 Begutachtungen. Zunächst werden die Technologie und die Gefahren der Gewinnung und Verarbeitung von metallischem Aluminium und seinen Legierungen dargestellt. Die hierbei zu erwartenden Gesundheitsschädigungen sind zurückzuführen auf verwendete Chemikalien, aber nicht auf das Aluminium als solches. KOELSCH weist darauf hin, daß bei keiner dieser Verfahren die Gefahr der Entstehung einer Aluminiumstaublung besteht, ebensowenig wie bei einer Weiterverarbeitung zu Pulver, falls die Teilchen nicht lungengängig (bis 2 μ groß) sind. Der dritte Abschnitt ist der Klinik und Pathologie der bei Inhalation lungengängigen Staubes möglichen Aluminiumstaublung gewidmet, die nicht mit der „Aluminosis“ der älteren Literatur verwechselt werden darf, unter welcher eine Lungenschädigung durch tonhaltige Stäube zu verstehen ist. Eingehend werden Krankheitsverlauf, Krankheitsbild und Pathologie der echten Aluminiumstaublung besprochen. Weitere Kapitel behandeln die therapeutische Inhalation von Aluminiumstaub zur Bekämpfung der Silikose, sowie die Gefahren durch verschiedene Aluminiumverbindungen, insbesondere Korund. Im letzten Abschnitt werden Gesundheitsschutz und Versicherungsschutz besprochen.

M. GELDMACHER-V. MALLINCKRODT (Erlangen)

● **Felix Jaeger: Unfallfolgen? Beurteilung und Dokumentation.** (Vorträge a. d. prakt. Chirurgie. Hrsg. von H. BÜRKLE DE LA CAMP. H. 75.) Stuttgart: Ferdinand Enke 1966. 82 S. DM 16.—

Der verdiente frühere Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Städt. Krankenhauses Ludwigshafen/Rh., der jetzt im Ruhestande lebt, hat seine Erfahrungen als Unfallgutachter in dieser Monographie niedergelegt. Die Schrift beginnt mit einer Darstellung und Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen nebst Ratschlägen für das Vorgehen bei Begutachtungen. Von Einzelkapiteln seien erwähnt: Unfall und Gefäßerkrankung, Unfall und Meniscusschädigung, Unfall und Ermüdungserscheinungen an Knochen, Sehnen und Gelenken, Unfall und Wirbelsäule, Unfall und Osteomyelitis, Unfall und Erkrankungen des Zentral-Nervensystems und schließlich Unfall und Geschwulst. Die Monographie schließt mit Ratschlägen für die Begutachtung von Unfallfolgen im Sinne einer Verschlimmerung. Im großen und ganzen empfiehlt Verf. unter Berücksichtigung des umfangreich zitierten Schrifttums Zurückhaltung bei der Anerkennung von Unfallfolgen. Der hinzugerufene Arzt neigt bei engem zeitlichem Zusammenhang allzu schnell dazu, mehr oder minder harmlose unfallartige Vorgänge als kausal für den Tod anzusehen. Im einzelnen bespricht Verf. die Fraktur von Dornfortsätzen der Wirbelsäule infolge Muskelzuges, etwaige Zusammenhänge zwischen Bandscheibenschaden und Trauma, das Cervical-Syndrom, die Peitschenschlag-Verletzung, die Folgen von Starkstrom-Einflüssen usw. Auch bezüglich der Anerkennung zwischen Unfall und Osteomyelitis wird große Zurückhaltung empfohlen. — Auch derjenige, der Kausalzusammenhänge an Hand von Obduktionsbefunden zu beurteilen pflegt, wird den Inhalt der Monographie mit großem Nutzen zur Kenntnis nehmen.

B. MUELLER (Heidelberg)

O. Hirt: Die Stellung des medizinischen Sachverständigen in der Verwaltung und im Sozialgerichtsverfahren. Med. Sachverständige 61, 249—254 (1965).

Fritz Hauelsen: Rechtliche Bedeutung des Kassenarztsitzes. Dtsch. med. Wschr. 90, 1689—1690 (1965).

Wiedergabe eines Urteils des Bundessozialgerichtes vom 27. 1. 65 (6 RKa 14/64) mit Entscheidungsgründen. Ist einem Arzt vor der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes über die freie Zulassung zur Kassenpraxis die Zulassung am Ort seiner Niederlassung nach dieser Entscheidung zu Unrecht versagt worden und hat er — nachdem er darauf für einen anderen Kassenarztsitz in der gleichen Stadt zugelassen war — Versicherte außerhalb seines Kassenarztsitzes am alten Ort seiner Niederlassung behandelt, so kann das Honorar für diese ärztliche Hilfeleistung nicht versagt werden.

SPANN (München)

RVO §§ 368a, 368g, 368n; GG Art. 12; Berufsordnung für die deutschen Ärzte v. 5. 11. 1937 §§ 29, 33; Berufsordnung für die Ärzte in Rhld.-Pfl. v. 16. 1. 1960 §§ 30, 37 (Pflichten der Fachärzte bei Ausübung ihrer Kassenpraxis). a) Ärzte, die zur Tätigkeit für die RVO-Kassen zugelassen oder an der Ersatzkassenpraxis beteiligt sind, sind im Rahmen dieser Tätigkeit an die allgemein-ärztlichen Grundsätze über die Ausübung des Arztberufs gebunden. b) § 33 der Berufsordnung für die deutschen Ärzte v. 5. 11. 1937 und § 37 der Berufsordnung für die Ärzte in Rheinland-Pfalz, die bestimmen, daß Fachärzte sich grundsätzlich auf ihr Fachgebiet beschränken müssen, sind als Regelungen der Berufsausübung (Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG) nicht verfassungswidrig. c) Überschreiten Fachärzte, denen es gestattet ist, Sozialversicherte zu behandeln, die Grenzen ihres Fachgebiets, so können sie grundsätzlich für diese ärztlichen Leistungen von der Kassenärztlichen Vereinigung kein Honorar beanspruchen. [BSG, Urt. v. 28. 5. 1965-6 RKa 1/65 (Mainz).] Neue jur. Wschr. 18, 2030—2032 (1965).

GG Art. 12; RVO § 368f (Rechtmäßigkeit eines kassenärztlichen Honorarverteilungsmaßstabes). a) § 368f Abs. 1 Satz 5 RVO, wonach der Honorarverteilungsmaßstab zugleich sicherstellen soll, daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird, verstößt nicht gegen Art. 12 GG. b) Der zum 1. 7. 1960 in Kraft getretene Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztl. Vereinigung Nordrhein, der eine progressive Kürzung des Honorars bei Überschreiten bestimmter Grenzen vorsah, ist rechtmäßig. [BSG, Urt. v. 27. 1. 1965-6 RKa 15/64 (Essen).] Neue jur. Wschr. 18, 2025—2029 (1965).

W. Boller: Der Begriff „Hilflosigkeit i. S. § 558 RVO“ im Spiegel der Rechtsprechung. Mschr. Unfallheilk. 68, 425—432 (1965).

Bestandteil der Heilbehandlung in der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Gewährung von Pflege und zwar als Sachleistung, auch dann wenn Pflegegeld gezahlt wird; Pflegegeld ist niemals Rente, sondern Pflichtleistung des Versicherungsträgers. Die „Hilflosigkeit“ muß infolge eines Arbeitsunfalles eingetreten sein und es muß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Hilflosigkeit vorliegen (BSG 13,40 = Breithaupt 50,58); der Verletzte muß zudem so hilflos sein, daß er nicht ohne Wartung und Pflege sein kann, d.h. daß er in regelmäßiger Wiederkehr, wenn auch nicht notwendigerweise jeden Tag, für zahlreiche Verrichtungen des täglichen Lebens der Hilfe anderer bedarf; hierzu zählen auch die Familienangehörigen. Zu den genannten Verrichtungen rechnen z. B. das An- und Auskleiden, Essen, Trinken, Waschen, Verrichten der Notdurft, die notwendige und mögliche Bewegung, geistige Erholung (BSG 12,20ff). nicht aber die Pflege der Kinder, Bewirtschaftung des Haushalts u.ä. (vgl. hierzu auch RVA v. 2. 6. 28, AN 28,222, wie auch BSG v. 30. 10. 63, 2 RU 13/62; BSG v. 25. 8. 60, 10 RV 1368/59). Es kommt allein auf den Leidenszustand des Verletzten infolge der Schädigung an, die Stellung des Beschädigten in seiner Lebensführung muß im weiteren Sinne unberücksichtigt bleiben, es ist also unerheblich, ob der Verletzte verheiratet und ledig ist, die Entscheidung ist lediglich auf den „höchstpersönlichen Lebensbereich“ abzustellen. — Zur Ansprücherhaltung genügt es, wenn die Hilflosigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auftritt, wie auch, wenn der Zustand nur vorübergehend oder für einen begrenzten Zeitraum bestand. Hilflosigkeit setzt allerdings nicht

zwingend auch völlige Erwerbsunfähigkeit voraus. Bei Blinden, Querschnittgelähmten, Ohnhändern, Doppelbeinamputierten, schweren Hirnverletzungen mit traumatischer Epilepsie und gehäuften Anfällen wird man im allgemeinen Hilflosigkeit unterstellen können, in allen übrigen Fällen wird man nach den medizinischen Befunden und auch den gegebenen Umweltverhältnissen — Stadt oder Land — zu entscheiden haben. Das BSG hat (Urteil v. 30. 10. 63 in BG 1964, 355) mit Rücksicht auf den gleichen Ursprung, Gleichheit des Gesetzeswortlautes, gleiche Zielsetzung und gleiche Auslegung für die KOV und die gesetzliche UV für angemessen erachtet.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

S. Weller: Aus Unfallakten: Ablehnung einer Lymphcyste als Unfallfolge. Mschr. Unfallheilk. 68, 509—510 (1965).

G. Kosehlig: Hirntumor und Hitzschlag. [Ztr.-Inst. d. MDV, Berlin.] Verkehrsmedizin 12, 313—318 (1965).

Verf. hatte gutachtlich zu klären, ob einem zuerst postmortal durch Autopsie festgestellten Hirntumor für den Tod eines Bahnangestellten während der Arbeitszeit ursächliche Bedeutung zukam oder ob äußere Faktoren wie übermäßige Hitzeeinwirkung für das Ableben verantwortlich war. Gestützt auf eine eingehende katamnestiche Betrachtung, das Sektionsprotokoll sowie spezielle, meteorologische Angaben kam Verf. zu dem Schluß, daß nicht eine walnußgroße Ependymcyste mit Monroi-Block und leichtem Verschlusshydrocephalus der Seitenventrikel als unmittelbare Todesursache anzunehmen, sondern die vorgefundenen Zeichen einer akuten Hirndrucksteigerung als Folge eines durch Hitzschlag entstandenen Hirnödems anzusehen waren. Das Ereignis wurde nachträglich als Betriebsunfall anerkannt.

KINDLER^o

H. Gramann: Kausalität, Verschlimmerung und MdE einmal anders gesehen. Med. Sachverständige 61, 256—260 (1965).

Bei der Begutachtung für die KOV sind die gültigen Beweisregeln zu beachten, die geforderte Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges wird oft nur mit Möglichkeiten belegt, Korrelationen und Kausalität sind aber streng zu trennen. Auch für die Annahme einer Verschlimmerung gibt es keine Beweiserleichterung. Die Bedeutung und der Wert differentialdiagnostischer Abgrenzungen wird am Beispiel von Wirbelsäulenleiden, Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis und Gefäßschäden aufgezeigt (Anerkennung von Kälteschäden als Kannleistung nach § 1 Abs. 3 S. 3 BVG). Eine oft geübte MdE-Einschätzung, die sich aus der Addition oder Subtraktion von Einzelschäden oder Befundverbesserungen ergibt, wird kritisiert, es wird auf die Notwendigkeit einer prozentualen Berechnung hingewiesen. Nachschäden dürfen in der KOV keine Berücksichtigung finden. Die alte Vierstufeneinteilung der Beschädigten nach dem WFVG wird rückschauend als gut praktikable Lösung angesehen, die den Vorzug einer großzügigen medizinischen Beurteilung mit einer Einschränkung kalkulatorischen Vorgehens verband (vgl. auch G. BENN).

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

Hans Weber: Herzinfarkt und Unfallversicherung. Neue jur. Wschr. 18, 1997—1999 (1965).

In der Privatversicherung liegt bekanntlich dann ein Unfall vor, wenn der Versicherte durch ein plötzliches von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Gemäß § 2 Abs. 2a AUB wird der Unfallbegriff erweitert, wenn durch eine plötzliche Kraftanstrengung des Versicherten Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißungen hervorgerufen wurden. Diese Bestimmung hat ganze Serien von Prozessen im Gefolge gehabt. Der Versuch, den Herzinfarkt gemäß § 2 Abs. 2a AUB zu subsummieren ist gescheitert, vor allem deshalb, weil der Infarkt keine Gefäßzerreißung, sondern ein Gefäßverschluß ist. Dagegen ist der Herzinfarkt nach § 2 Abs. 1 AUB versichert, wenn er durch ein plötzliches von außen auf den Körper wirkendes Ereignis verursacht wird. Dazu reicht auch ein seelisches Trauma (Schock) aus. Dabei werden von der Rechtsprechung außerordentliche Anforderungen an die Beweislast gestellt. Der Versicherte muß den Unfall, die Kausalität, die Plötzlichkeit des Ereignisses und die Plötzlichkeit der Kraftanstrengung beweisen. Er trägt auch das Risiko aller wissenschaftlich noch ungeklärten Fragen. — In der gesetzlichen Unfallversicherung zeigen die Entscheidungen der Sozialgerichte, daß vielfach auf den alten Unfallbegriff gar nicht mehr zurückgegriffen wird. Herzinfarkte infolge großer Kraftanstrengung und schwerer Berufsarbeit werden in der Regel als Unfälle anerkannt, wenn die Kraftanstrengung nicht nur unwesentliche Bedingung ist. Die Gerichte bestehen auch gar nicht mehr auf dem Unfallbegriff, sondern sie sehen die Überarbeitung und Überanstrengung selbst als Unfallereignis an. Nur die in der Sozialversicherung erprobte Kausalitätslehre begrenzt den Arbeitsunfall. Wird z.B. ein Mensch in

seiner Betriebsstätte tot aufgefunden, und ist die Todesursache nicht feststellbar, so ist nach der neuesten Rechtsprechung des BSG (BB 63,900) in freier Beweiswürdigung zu entscheiden, ob eine der versicherten Tätigkeit zuzurechnende Ursache den Tod herbeigeführt hat. — Abschließend wird vom Verf., der Oberlandesgerichtsrat ist, die derzeitige Lage in der Sozialversicherung kommentiert: „Das Sozialstaatsprinzip bindet den Gesetzgeber und verpflichtet ihn, dem arbeitenden Menschen, der meist besitzlos ist, eine bescheidene Existenzsicherung in Form einer vollständigen Unfallversicherung zu geben, die nicht hinter der Haustür aussetzt. Damit könnte der Veitstanz der Menschen um Existenzsicherheit in unserer Demokratie vieles an Häßlichkeit verlieren. Bis ahin können wir nicht gut von einer formierten Gesellschaft reden.“

W. JANSSEN (Heidelberg)

K.-H. Heuer: Einzelfragen aus dem Recht der Kriegsopferversorgung und Unfallversicherung. I. u. II. Med. Klin. 60, 1550—1553 u. 1587—1590 (1965).

Verf. (Senatspräsident in Celle) bringt eine sehr ausführliche juristische Darstellung der praktischen Folgerungen, die Rechtslehre und Rechtsprechung aus den heute für das Rechtsleben gültige Kausaltheorien ziehen. Im einzelnen werden abgehandelt: Schädigungsfolge im Sinne der Entstehung und im Sinne der Verschlimmerung; mittelbare Schädigungsfolge; Schädigung des Nasciturus; Vor- und Nachschaden; seelische Einwirkungen; Problematik der Verschiebung der Wesensgrundlage; Hilflosigkeit. — Einzelheiten müssen in dem für den Mediziner nicht leicht lesbaren Originaltext nachgelesen werden.

SPANN (München)

H. H. Rauschelbach: Zur versorgungsmedizinischen Begutachtung manisch-depressiver Psychosen. Med. Sachverständige 61, 295—299 (1965).

W. Reinl: Erkrankungen durch tropische Hölzer und kasuistischer Beitrag zur Erkrankung durch *Mansonio altissima*. [Aufsichtsbez., Staatl. Gewerbeamt., Düsseldorf.] Zbl. Arbeitsmed. 15, 101—104 (1965).

Der Verf. berichtet zunächst über die bisherigen Publikationen von Erkrankungsfällen durch Kontakt mit einheimischen oder tropischen Hölzern. — Es handelt sich dabei im allgemeinen um allergische oder toxische Krankheitsbilder. — Dann wird der Fall eines 32jährigen Tischlers beschrieben, der durch den Umgang mit Mansoniaholz mit den Zeichen einer Intoxikation erkrankte. — Die Symptome, insbesondere auch die EKG-Veränderungen, lassen den Schluß zu, daß es sich hierbei um die Wirkungen mehrerer in dem Holz enthaltener herzwirksamer Glykoside handelt. Es wird auf die Notwendigkeit vorbeugender Maßnahmen bei der Verarbeitung exotischer Hölzer hingewiesen.

E. PETER (Aachen)^{oo}

K. Humperdinck: Über neuzeitliche Fragen auf dem Gebiet der Berufskrankheiten. Internist 6, 98—105 (1965).

Die Arbeit gibt neben einer Übersicht im Bedeutungswandel der verschiedensten Stoffe und Substanzen für die Entstehung von Berufskrankheiten eine Darstellung der gegenwärtig im Vordergrund stehenden Probleme. Es wird dabei besonders auf die diagnostischen Schwierigkeiten hingewiesen, die im Falle einer Hepatitis hinsichtlich der Anerkennung als Berufskrankheit auftreten können. Eine neue Gefahrenquelle ist durch Gastarbeiter entstanden, die aus Ländern stammen, in denen Wurmkrankheiten endemisch sind. Gegenstand weiterer Erörterungen sind die Pesticide, Gesundheitsschäden durch Blei, Quarzstaub, Lösemittel, Polyurethane (Härter in Lacken und Klebern), Kunststoffe, Methanol, Thallium, Vanadium und Fluor. Erwähnt werden ferner Gesundheitsschäden, die nach der 6. Berufskrankheitenverordnung entschädigt werden können, wie z. B. das Augenzittern der Bergleute, das Bronchialasthma, das zur Aufgabe der beruflichen Tätigkeit oder jeder Erwerbsarbeit gezwungen hat sowie die berufsbedingte Schwerhörigkeit. Abschließend wird mittels Diagrammen und Tabellen ein Überblick über den gegenwärtigen Stand der Berufskrankheiten in der BRD gegeben.

DRASCHE^{oo}

R. Doll, R. E. W. Fisher, E. J. Gammon, W. Gunn, G. O. Hughes, F. H. Tyrer and W. Wilson: Mortality of gasworkers with special reference to cancers of the lung and bladder, chronic bronchitis and pneumoconiosis. (Mortalität von Gaswerksarbeitern mit besonderer Beziehung zu Lungen- und Blasenkrebs, chronischer Bronchitis und Pneumokoniose.) [Med. Res. Council Stat. Res. Unit, Univ. Coll. Hosp. Med. School, London.] Brit. J. industr. Med. 22, 1—12 (1965).

Statistische Untersuchung während 8 Jahren an 11499 Arbeitern, die mehr als 5 Jahre in Gaswerken tätig und bei Beginn der Beobachtungen zwischen 40 und 65 Jahre alt waren. Die

Untersuchten wurden in drei Gruppen unterteilt: 1. stark exponierte Arbeiter, 2. zeitweise oder nur mäßig gefährdete Arbeiter und 3. Arbeiter ohne Gefährdung und mit entsprechenden Personengruppen anderer Tätigkeit in gleichen Wohngebieten (England und Wales) verglichen. — Die jährlichen Todesfälle lagen bei Gruppe 1 ($17,20/_{00}$) höher als bei der Gruppe 2 ($14,60/_{00}$) und 3 ($13,70/_{00}$), die aller Männer in England und Wales betrug $16,30/_{00}$. Die Sterblichkeit an Lungenkrebs in Gruppe 1 ($3,060/_{00}$) war 69%, die an Bronchitis ($2,890/_{00}$) 126% höher als in Gruppe 3. Die Gruppe 2 hatte wenig höhere Ziffern als Gruppe 3, deren Sterblichkeitsziffer etwa derjenigen der allgemeinen Bevölkerung entsprach. Mit 14 Fällen von Blasenkrebs in Gruppe 1 übertraf diese die 3. Gruppe vierfach. In 5 Fällen (Gruppe 2) wurde eine Pneumokoniose festgestellt. Die relativ hohe Sterblichkeit an Lungenkrebs und chronischer Bronchitis war bei allen Gaswerkern gleichermaßen nachzuweisen. — Nach diesen Ergebnissen besteht bei Gaswerksarbeitern ein erhöhtes Risiko für Lungenkrebs und Bronchitis, wahrscheinlich auch für Blasenkrebs. Pneumokoniosegefährdung bringen die Reparaturarbeiten in den Gasretorten mit sich (8 Tabellen).

ANTWEILER (Bamberg)^{oo}

I. Schaulow, D. Minkow und D. Dessev: Untersuchungen über die Chrom-, Kobalt- und Nickelallergie bei Arbeitern in der Zementindustrie und im Bauwesen. [Klin. Haut- und Geschl.-Krankh., Med. Inst., Plovdiv.] [Nat. Dermatologen-Kongr., Budapest, 21.—24. IV. 1965.] Berufsdermatosen 13, 276—282 (1965).

W. Lindemayr und O. Lofferer: Allergische Berufsdermatosen in Österreich. [Haut- u. Lupusabt., Wilhelminenspit., Wien.] Wien. klin. Wschr. 77, 905—909 (1965).

C. Spagna e C. Sfogliano: Sulla morbilità dei lavoratori dello zolfo. Inchiesta igienico-sanitaria in alcune raffinerie della città di Catania. [Ist. Med. d. Lav., Univ., Catania.] Folia med. (Napoli) 48, 237—261 (1965).

H. Schneider: Staublungenerkrankungen bei der Herstellung von Siliziumkarbid. [Bayr. Landes-Inst. f. Arbeitsmed., München.] Zbl. Arbeitsmed. 15, 282—285 (1965).

J. Borneff: Blasenkarzinom bei Teerarbeitern. [Hyg. Inst., Univ., Mainz.] Zbl. Arbeitsmed. 15, 288—292 (1965).

Francesco Aragona e Mario Faranda: Osteo-atropatia tardiva mortale da barotrauma. [Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Messina.] Crit. pen. Med. leg., N.S., 20, 82—93 (1965).

F. Heully, G. de Ren, M. Taillandier, L. Picard, D. Meyer et G. Simon: Syndrome clinique et radiologique de «poumon de fermier» consécutif à une fulguration sur une charrette de foin. [Soc. Méd. Lég. et Criminol. de France, 8. III. 1965.] Ann. Méd. lég. 45, 287—295 (1965).

B. Goldstein and I. Webster: Intratracheal injection into rats of size-graded silica particles. [Pneumoconiosis Res. Unit, Counc. for Sci. and Indust. Res., Johannesburg, Sth Africa.] Brit. J. industr. Med. 23, 71—74 (1966).

L. Rossi, G. Colicchio e A. Balletta: Il comportamento dell'acido sialico sierico in soggetti normali, broncopatici e silicotici. [Ist. Med. Lav., Univ., Napoli.] Folia med. (Napoli) 48, 155—163 (1965).

Ph. Hamer und A. Petersen: Farmerlunge. [Inn. Abt., Kreiskrankenh., Leer.] Dtsch. med. Wschr. 90, 427—432 u. 435 (1965).

Die Farmerlunge, die auch Drescherkrankheit genannt wird, ist sehr wahrscheinlich unter der Landbevölkerung, vor allem in den Küstengebieten Nordwestdeutschlands, keine seltene Krankheit. Verff. werten sechs eigene Beobachtungen aus, wobei sie Diagnostik und Differentialdiagnostik erörtern und die bisherige Literatur besprechen. Die akut auftretende Krankheit beim Dreschen oder beim Verfüttern, vor allem von schimmelhaltigem Heu, ist von einer Krank-

heit zu unterscheiden, die im Laufe von einigen Monaten zu langsam zunehmenden Beschwerden führt. Die Atemnot und die herabgesetzte Leistungskraft stehen im Vordergrund der Beschwerden. Der Ätiologie und der Pathogenese sind ein relativ breiter Raum gewidmet. Da sich bei vielen Patienten Pilze im Sputum nachweisen lassen, bereitet die Trennung von der Pneumonomykose, vor allem der Lungenaspergillose, Schwierigkeiten. H. W. SCHULTE (Nordrach-Klausenbach)^{oo}

M. Gherardi e G. Vidoni: La diagnosi di malattia professionale nell' intossicazione da piombo tetraetile. (Die Diagnose „Berufskrankheit“ bei Vergiftungen mit Bleitetraäthyl.) [Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Parma.] G. Med. leg. Infortun. Tossicol. 11, 61—86 (1965).

Seitdem das Gesetz Nr. 1967 vom 15. 11. 52 in Kraft getreten ist, ist die Vergiftung mit Bleitetraäthyl als autonome Berufskrankheit versichert; früher stattdessen (seit 1935) fiel sie unter die Gruppe der durch „Blei, seine Legierungen und Verbindungen“ hervorgerufenen Erkrankungen. — Bei dem völlig ausgebildeten, klinischen Symptomenkomplex ist die Diagnose leicht zu stellen. Wesentliche Schwierigkeiten entstehen stattdessen, wenn es sich um wenig ausgeprägte und subjektive Störungen handelt. In diesen Fällen ist erstens eine gründliche Arbeitsanamnese erforderlich, sodann ist der zeitliche Zusammenhang zwischen Exposition und Auftreten der Beschwerden zu bewerten. Anschließend ist, zusammen mit den objektiven, somatischen Befunden auch den psychischen Erscheinungen und den Träumen Rechnung zu tragen, um eine Simulation ausschließen zu können: Die Thematik des Berufskranken ist nämlich fast immer eng mit der Arbeit und ihrem Risiko verbunden und läßt eine ausgeprägte Angst vor der Gefahr erkennen. Diagnostisch ausschlaggebend ist jedoch das Verhalten der Bleiauscheidung mit dem Harn: Die Bestimmung muß mit zwei verschiedenen Methodiken durchgeführt werden, um das anorganische Blei und auch seine organischen Verbindungen nachweisen zu können. Letztere sind um so reichlicher vorhanden, je näher in zeitlicher Hinsicht die Giftaufnahme erfolgt ist. Auf Grund einer jahrelangen Erfahrung in dieser Hinsicht kamen Verff. zu folgenden Endergebnissen: Toxische Erscheinungen treten auf, wenn die Bleiauscheidung konstant höher ist als 0,20 mg/l, vor allem wenn die organische Quote mehr als die Hälfte der Gesamtmenge ausmacht. Eine über 0,60 mg/l liegende anhaltende Bleiauscheidung mit einem hohen Prozentsatz an organischen Verbindungen ist typisch für akute Vergiftungserscheinungen mit ausgeprägten, psychischen Symptomen. Für die chronische Vergiftung gibt stattdessen der Harnbleispiegel keinen Anhalt, da die Werte vorwiegend um 0,20 mg/l schwanken. In diagnostischer Hinsicht ist den Bestimmungen die größte Bedeutung zuzuschreiben, die im Lauf der ersten Tage nach Verlassen der Arbeit durchgeführt wurden: Während dieser Zeitspanne ist die organische Bleiquote am besten nachweisbar. Ein weiterer, wichtiger Hinweis ist die Reststickstoffbestimmung, die bei akuten und subakuten Vergiftungen stets erhöhte Werte aufdeckt. Versuche mit CaEDTA stattdessen fallen negativ aus, da das Bleitetraäthyl und seine anfänglichen Abbauprodukte von diesem Präparat nicht erfaßt werden, da die vorhandene, anorganische Bleiquote nicht im Verhältnis mit dem Vergiftungsgrad durch Bleitetraäthyl steht, da endlich das CaEDTA die Liquoirbarriere nur schwer durchdringt und daher das in den zentralnervösen Strukturen vorhandene Blei nicht erfassen kann. G. GROSSER (Padua)

W. Franke und K.-H. Berg: Ergebnisse einer statistischen Bearbeitung der Berufskrankheiten in Niedersachsen. Zbl. Arbeitsmed. 15, 262—268 (1965).

Von 1959—1963 gingen in Niedersachsen 7467 Anzeigen von Berufserkrankungen ein, von denen 2230 zu Entschädigung gemäß den geltenden Bestimmungen der BKVO vorgeschlagen wurden. Unter den ärztlicherseits anerkannten Fällen stehen 377 Bleivergiftungen an erster Stelle, wobei die männlichen Versicherten überwiegend in Bleihütten und Akkumulatorenwerken arbeiteten; die Frauen waren in der keramischen Industrie beschäftigt (8 Fälle). An übertragbaren Tierseuchen kamen 296 zur Anerkennung, es handelte sich um Trichophytien, Rotlauf- und Bangsche Erkrankungen. 304 Arbeitnehmer, vorwiegend aus Eisen- und Hüttenwerken, wiesen Kohlenoxydschäden auf, die in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Arbeitseinsatz standen. 120 Fälle wurden wegen Silikose berentet, hier erklärt sich der Altersgipfel ab dem 50. Lebensjahr unschwer aus den gesetzlichen Ansprüchen für die Anerkennung, dem Vorliegen von Rückwirkungen der Erkrankung auf die Atmungs- und Kreislauffunktionen. Unter den Infektionskrankheiten des ärztlichen Hilfspersonals und der Ärzte überwogen die Hepatitisfälle der weiblichen Arbeitnehmer (109) die der männlichen (41), Tbc-Erkrankungen wurden bei 80 Frauen und 31 Männern anerkannt. Von den 282 Hauterkrankungen (31 weibliche Arbeiter) entfiel das Gros auf die Zement- und Chromatindustrie, die Mehrzahl der Fri-

seusen erkrankte bis zum 17. Lebensjahr. — Die Maxima der anerkannten Fälle lagen altersmäßig im Schnitt zwischen dem 25. und 29. und 50.—54. Lebensjahr, spezielle Altersdispositionen für einzelne Erkrankungen weist die Originalarbeit aus. G. MÖLLHOFF

H. H. Martens: Zum Recht der Berufskrankheiten. II. Med. Klin. 60, 1513—1515 (1965).

Verf. (Senatspräsident in Celle) stellt im vorliegenden II. Teil die Problematik des Kausalzusammenhangs, der Sachaufklärung und der Konkurrenzen dar. Im Abschnitt einzelne Rechtsfragen werden die Infektionskrankheiten und das Bronchialasthma besprochen. SPANN

G. Wolff: Zur Praxis der Messung von Lärm und Erschütterungen in Betrieben. [Landesinst. f. Arbeitsschutz u. Arbeitsmed., Karlsruhe.] Zbl. Arbeitsmed. 15, 181—184 (1965).

T. Marti: Problèmes médico-sociaux soulevés par les travailleurs étrangers en Suisse. Praxis (Bern) 54, 1368—1372 (1965).

H. Beckenkamp und K. Schon: Über den Helminthenbefall türkischer und italienischer Arbeiter und dessen arbeitsmedizinisch-hygienische Bedeutung. [Staatl. Inst. f. Hyg. u. Infektionskrankh., Saarbrücken.] Zbl. Arbeitsmed. 15, 185—190 (1965).

R. Stieglitz, G. Schulz, E. Stalter und S. Kahle: Ärztliche Eignungsuntersuchung Schaltberechtigter für elektrische Starkstromanlagen. [Dtsch. Zentralinst. f. Arbeitsmed., Berlin-Lichtenberg.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 20, 1304—1306 (1965).

Es werden Vorschläge für eine ärztliche Eignungsuntersuchung Schaltberechtigter für elektrische Anlagen ab 1000 V Spannung unterbreitet. Eine Nachuntersuchung soll regelmäßig in 2-jährigen Abständen erfolgen. Als Ausschließungsgrund für die Zulassung zur Prüfung werden folgende Krankheiten oder Krankheitskomplexe angegeben: alle Anfallsleiden mit Bewußtseinsstörungen, deutliche Intelligenz- und Persönlichkeitsdefekte, Suchterkrankungen einschließlich Alkoholismus, Erkrankungen des ZNS, des Bewegungsapparates, des Stoffwechsels mit Koma- und Schockneigung, Herz- und Kreislaufstörungen, ausgeprägte Schwerhörigkeit und Sprachstörungen, Nachtblindheit, Rot-Grün-Blindheit. GIBB (Greifswald)

R. Bonino e R. Bonan: Le allergopatie respiratorie in rapporto all'età ed all'ambiente di vita e di lavoro con particolare riferimento a quello rurale. (Die Allergopathien des Atmungsapparats in Hinsicht auf das Alter, die Lebens- und Arbeitsbedingungen besonders der Landbevölkerung.) [Ist. di Med. Leg. e delle Assicuraz., Univ., Padova.] Med. leg. (Genova) 12, 809—817 (1964).

600 allergische Patienten aus der Gegend von Mestre (Provinz Venedig): 83,4% litt an Bronchialasthma, 16,7% an allergischer Rhinitis. Die Rhinitis nimmt mit fortschreitendem Alter zu, das Bronchialasthma, das bei Kindern sehr häufig anzutreffen ist, nimmt stattdessen in den Jugendjahren ab; allerdings ist nach dem 30. Lebensjahr wieder eine Zunahme desselben zu verzeichnen. — Das Geschlecht scheint keinen besonderen Einfluß auszuüben. Landarbeiter sind in einem Prozentsatz von 61 befallen, Industriearbeiter und selbständige Arbeiter in einem Prozentsatz von 16; Angestellte und diejenigen, die einen freien Beruf ausüben, weisen diese Erkrankungen in 13 bzw. 7% auf. G. GROSSER (Padua)

Gerhard Bornmann und Arnold Loeser: Toxikologische Untersuchungen zur Frage der Verwendbarkeit von 2-Phenylindol als Stabilisator in Polyvinylchlorid-Kunststoff. [Pharmakol. Inst., Univ., Münster i. Westf.] Arch. Toxikol. 21, 1—8 (1965).

Mit dem Kunststoff wurden Fütterungsversuche an Ratten als Versuchstiere durchgeführt. Die Tiere wurden ferner einem Generationsversuch unterworfen. Als Trinkwasser erhielten die Versuchstiere solches, das längere Zeit über Spänen des Kunststoffes gestanden hatte. Der spezielle Trinkversuch dauerte 51 Wochen an. Die Tiere wurden nach den verschiedensten Merkmalen hin untersucht. Als Ergebnis konnte festgestellt werden, daß die Verwendung des 2-Phenylindol als Stabilisator im Kunststoff bei der Verwendung als Rohmaterial für Wasserleitungen nach den Rattenversuchen als toxikologisch unbedenklich gelten kann. E. BURGER (Heidelberg)