

Referate

Allgemeines, einschließlich Verkehrsmedizin

● **Handbuch der Neurochirurgie.** Hrsg. von H. Olivecrona und W. Tönnis. Bd. 4, Teil 2: Klinik und Behandlung der raumbeengenden intrakraniellen Prozesse. II. Bearb. von H. Lange-Cosack, G. Norlén, W. Tönnis, W. Walter. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1966. VII, 399 S. u. 265 Abb. Geb. DM 240.—; Subskriptionspreis DM 192.—.

H. Lange-Cosack: Anatomie und Klinik der Gefäßmißbildungen des Gehirns und seiner Häute. Mit einem Nachtrag. S. 1—145 u. 364—377.

Es wird eine umfassende Darstellung der gegenwärtigen Kenntnisse über die namentlich für den Neurochirurgen wichtigen intrakraniellen Gefäßmißbildungen gegeben. Zunächst wird die embryonale Gefäßentwicklung abgehandelt, wodurch erst die vielen „Anomalien“ und die Mißbildungen am Gefäßsystem der intrakraniellen Arterien verständlich werden. Der Klinik ist selbstverständlich der meiste Raum vorbehalten. Es ist im Rahmen eines Referates nicht möglich, auf die vielen zusammengetragenen Einzelheiten einzugehen. Die Pathogenese und Ätiologie wird gebührend berücksichtigt; unter anderem sei erwähnt, daß bei der Sturge-Weberschen Krankheit auf Erbzusammenhänge hingewiesen wird, während bei den arteriovenösen Rankenangiomen die erblichen Faktoren noch nicht geklärt sind. Eine breite Darstellung erfahren auch die Aneurysmen der Hirnarterien, vor allem die sackförmigen, die nach der neuen Auffassung auf dem Boden angeborener Wandschwächen entstehen; nur die spindeligen Aneurysmen gehen auf krankhafte Wandschädigungen zurück. Die traumatische Genese wird am Rande erwähnt. Gerade bei den Aneurysmen wird die Symptomatik und die Differentialdiagnose eingehend je nach dem Sitz besprochen. Die Differentialdiagnose bei den spontanen Subarachnoidealblutungen, bei denen es sich in erster Linie um rupturierte Aneurysmen handelt, wird eingehend erörtert. Die Ansichten über die Verhütung einer Schwangerschaft nach Subarachnoidealblutungen sind nicht einheitlich. Es wird betont, daß diese Frage nur unter Berücksichtigung der besonderen Lage des Einzelfalles entschieden werden könne. In einem Anhang werden Ergänzungen zu den einzelnen Kapiteln gebracht. — Die Ausstattung ist ausgezeichnet; 86 Abbildungen erleichtern das Verständnis. 35 Seiten Literatur.

KRAULAND (Berlin)

● **Gerhard Hansen: Gerichtliche Medizin. 2., verb. u. erw. Aufl.** Leipzig: Edition Leipzig 1965. X, 301 S., 227 Abb. u. 5 Beilagen. Geb. DM 30.—.

Über die 1. Auflage dieses Buches vom Jahre 1953 wurde in dieser Z. 43, 590 (1954/55) von GOLDBACH berichtet; es wendet sich außer an Ärzte der Praxis und Medizinstudenten auch an Juristen und Untersuchungsorgane; es ist Verf. gelungen, den Text so zu gestalten, daß er, ohne „unwissenschaftlich“ zu wirken, auch von medizinischen Laien verstanden wird. In dem einleitenden Abschnitt „gerichtsmedizinische Propädeutik“ wird unter Hinweis auf die Anordnung über die ärztliche Leichenschau (GBI. der DDR, II Nr. 76 vom 20. 11. 61) die Wichtigkeit einer exakten Feststellung der Todeszeit und insbesondere der Todesursache erläutert, eine Aufgabe, die dem Arzt der Praxis zufällt; bei unklarer Todesursache kann die Durchführung einer Leichenöffnung auf dem Verwaltungswege immer erreicht werden; gute Schemata erläutern den erforderlichen Dienstweg; die entsprechenden Formulare sind in einem Anhang beigelegt. Daneben gibt es die gerichtliche Sektion, die von 2 Ärzten in Gegenwart des Staatsanwaltes und des Protokollführers durchgeführt wird. Die weiteren Ausführungen über Leichenöffnungen, gewaltsame Todesursachen, forensische Toxikologie, vitale Reaktionen, Identifizierung, Abtreibung, Kindes-tötung, Vaterschaftsfragen, Verkehrsunfälle und Blutalkoholfragen werden durch zahlreiche, fast immer sehr gut gelungene Abbildungen illustriert, es sind dies 227, darunter 101 farbige. Wir entnehmen den Ausführungen, daß bezüglich der Strafbarkeit der Abtreibung in den einzelnen Bezirken der DDR noch etwas differente Bestimmungen gelten; sie wird aber bestraft. Die Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer und eugenischer Indikation ist erlaubt, wenn die zuständige Kommission zugestimmt hat. Die Besprechung der erblichen Bluteigenschaften

beschränkt sich bei den Serummerkmalen auf die Haptoglobine. § 1717 BGB gilt auch in der DDR. Im Abschnitt „Der Verkehrsunfall“ werden auch Ausführungen über die Reaktionszeit gebracht. Lt. § 5 StVO darf der Fahrer bei Antritt und während der Fahrt nicht unter Alkohol stehen; steht der Fahrer so weit unter Alkohol, daß die Fahrtüchtigkeit erheblich beeinträchtigt ist, so ist hierfür eine Gefängnisstrafe bis zu 2 Jahren vorgesehen (§ 49 StVO). Bestimmte Grenzwerte bestehen nicht, jeder Fall ist nach den Umständen zu beurteilen. Der Abschnitt „Arzt und Gesetz“ ist unter Mitwirkung von Dr. jur. VETTERLEIN bearbeitet worden. Es besteht der Eindruck, daß auch auf diesem Gebiet allzu große Unterschiede zwischen den beiden deutschen Staaten nicht entstanden sind — Der Text liest sich gut. Zweifelsfragen eingehend zu erörtern, lag nicht im Sinne von Verf., da das Buch für den Praktiker geschrieben wurde; ihm ist auch in der Bundesrepublik eine weite Verbreitung zu wünschen, zumal es recht preiswert ist.

B. MUELLER (Heidelberg)

- **An den Grenzen von Medizin und Recht. Festschrift zum 65. Geburtstag von Prof. Dr. med., Dr. med. h. c. WILHELM HALLERMANN, Kiel. Hrsg. von JOACHIM GERCHOW.** Stuttgart: Ferdinand Enke 1966. VIII, 238 S. Geb. DM 39.—.

Zunächst wollen wir dem Jubilar zu der gut gelungenen Festschrift und dem Herausgeber dazu gratulieren, daß das Erscheinen der Festschrift mit Hilfe des Verlages ermöglicht wurde. Die Beiträge betreffen folgende Gebiete: Forensische Serilogie und Immunologie, forensische Psychiatrie und Psychologie, Thanatologie und ärztliche Rechtsfragen; unter der zuletzt genannten Rubrik ist auch ein Beitrag von W. DOERR (Heidelberg) erschienen, der sich mit der Reform des Medizinstudiums unter Bezugnahme auf die für die medizinische Akademie in Ulm vorliegenden Pläne befaßt. Da die Artikel wissenschaftliche Leistungen von Eigenwert darstellen, wird ein Referat über das Buch im ganzen nicht möglich sein; man würde hierbei den Leistungen der 23 Autoren nicht gerecht werden können. Der Verlag hat freundlichst Sonderabdrucke zur Verfügung gestellt; über die einzelnen Arbeiten kann daher gesondert referiert werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

- **O. Ch. Porkšejan: Gerichtsmedizinische Expertise bei Eisenbahnzwischenfällen.** Moskva: Izdatelstvo Medicina 1965. 150 S. u. 43 Abb. [Russisch] R. — 38.

Am Anfang der Monographie stehen kurze Mitteilungen über den Bau von Schienenwegen und ihre technische Ausstattung sowie die Konstruktion von Lokomotiven und Wagen. Ausführlich werden danach typische und atypische Verletzungen bei Eisenbahnunfällen besprochen. Die typischen Verletzungen werden in solche, die durch das Überrollen der Räder, und solche, die durch andere Teile der Schienenfahrzeuge verursacht werden, unterteilt. Es werden alle Einzelheiten der zu beobachtenden Verletzungen und des Mechanismus ihrer Entstehung dargestellt. In einem besonderen Kapitel über zufällige und nicht zufällige Eisenbahnunfälle werden Verletzungen durch Sturz unter Schienenfahrzeuge, Anstöße durch Teile von Zügen, Zusammenstöße von Zügen miteinander und mit anderen Transportmitteln, das Fahren unter und auf den Dächern von Zügen etc. besprochen. Der Selbstmord und die Tötung durch Überfahren sowie gewaltsame und unnatürliche Todesfälle, bei denen der Verdacht einer Verbindung mit Gewalteinwirkungen durch Schienenfahrzeuge vorliegt, werden im einzelnen erörtert. Die wichtige Frage einer Unterscheidung von Verletzungen zu Lebzeiten und nach dem Tode sowie die Feststellung der Reihenfolge der Entstehung der vorliegenden Verletzungen wird in einem besonderen Kapitel eingehend diskutiert. Weitere Kapitel befassen sich mit Beschädigungen der Bekleidung und allen Einzelheiten der Ortsbesichtigung. Insgesamt handelt es sich um die erste systematische Darstellung des großen Fragenkomplexes, der bei tödlichen Verletzungen durch Schienenfahrzeuge von einem gerichtsmedizinischen Sachverständigen zu beurteilen ist.

H. SCHWEITZER (Düsseldorf)

- **Kampf dem Straßenunfall.** (Vorträge, gehalten auf der 5. Tag. d. Med.-Wiss. Ges. d. DDR zum Studium d. aktuellen Lebensbedingungen, Berlin, 28. u. 29. II. 1964.) Hrsg. von HANNS SCHWARZ. Jena: Gustav Fischer 1965. 144 S., 34 Abb. u. 6. Tab. DM 7.80.

Es handelt sich um eine Zusammenstellung von Vorträgen, die auf der 5. Tagung der Med.-Wiss. Ges. der DDR zum Studium d. aktuellen Lebensbedingungen, am 28. und 29. 2. 1964 in Berlin gehalten wurden. — Dabei gliedert sich der Inhalt in drei Hauptabteilungen, in denen zunächst die Betrachtung des Fahrzeugs im Vordergrund steht. Der Inhalt des Referates der Herren M. VON ARDENNE und S. PANZER-Dresden beschäftigt sich in erster Linie mit der Konstruktion

am Fahrzeug selbst bzw. der Inneneinrichtung sowie der Bedeutung der Sicherheitsgurte. Im zweiten Abschnitt wird die Problematik der Leistungsfähigkeit des Menschen in bezug auf die Anforderungen im Straßenverkehr herausgestellt, Etwas willkürlich erscheint die Reihenfolge der Vorträge. Im übrigen ergeben sich keinerlei neue Gesichtspunkte bei der Besprechung der Themen „Zuckerkrankheit“, „Anfallsleiden“, „Alterung“, „Störungen des Hör- und Gleichgewichtsorgans“ sowie des „Alkohol im Straßenverkehr“. Der „Versuch der Typologie der Autofahrer“ geht von verschiedenen Aspekten aus, die vor allem aus der psychologischen Schule des östlichen Raumes begründet sind. Die dritte Gruppe betrifft die Straße sowie die Tauglichkeitsvorschriften. — In der Gesamtheit bietet die Monographie recht wertvolle Anregungen.

PETERSOHN (Mainz)

● **Hans-Christian Burek: Histologische Technik. Leitfaden für die Herstellung mikroskopischer Präparate in Unterricht und Praxis.** Stuttgart: Georg Thieme 1966. VIII, 144 S., 38 Abb. u. 8 Taf. DM 8.80.

Der preiswerte und in klarer Sprache verfaßte Abriß wird sicherlich gefallen. Er eignet sich nach dem Vorwort des Verf. für Studenten und Ärzte, die im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit die histologische Technik erlernen müssen, und insbesondere auch für den Unterricht der technischen Assistentinnen und ihre spätere praktische Tätigkeit. Besprochen werden zunächst die chemischen Bausteine der Gewebe, die Entnahme des Materials, die Fixierung, die Einbettungsmethoden und die Schneidetechnik, danach erfolgt eine Darstellung der eigentlichen Färbemethoden, wobei die Histochemie gleichfalls berücksichtigt wird (Nachweis von Adrenalin, Insulin, Mucopolysacchariden usw.). Wertvoll ist auch eine Übersicht über die im histologischen Laboratorium auftretenden Gefahren. Das Schrifttum wird so zitiert, daß man sich — falls notwendig — über die Einzelheiten durch weiteres Nachlesen genauer orientieren kann.

B. MUELLER (Heidelberg)

Wilhelm Doerr: Neue Wege und Möglichkeiten der medizinischen Ausbildung. [Path. Inst., Univ., Heidelberg.] An den Grenzen von Medizin und Recht. Festschrift z. 65. Geburtstag von Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. WILHELM HALLERMANN 1966, 189—206.

Verf. ist führend an den Ausschüssen für die Gründung des Klinikum Mannheim und der Medizinischen Hochschule in Ulm beteiligt. Er berichtet über die Neugliederung der Heidelberger Medizinischen Fakultät, die auf ihn zurückgeht (3 Sektionen, durch die auch die Dissertationen gewürdigt und die Habilitationen vorbereitet werden), Einrichtung eines Direktoriums für größere theoretische Institute, in denen sich die einzelnen Direktoren als Geschäftsführer abwechseln. Verf. gibt auch bekannt, daß der Plan besteht, in Ulm die Prüfungskandidaten für längere Zeit in Kliniken unterzubringen, um sie an praktische Arbeit zu gewöhnen. Auch Ref. ist bekannt, daß im Auslande die deutschen Absolventen der ärztlichen Prüfung dadurch auffallen, daß sie in ihren praktischen Fähigkeiten weitgehend den Absolventen des Auslandes unterlegen sind. Man müßte entweder verhindern, daß diese Absolventen vor Beendigung der Medizinalassistentenzeit im Auslande praktisch tätig sind, oder aber das Studium so reformieren, daß die praktische Ausbildung einen erheblich größeren Raum einnimmt. Von heute auf morgen wird dies allerdings nicht möglich sein.

B. MUELLER (Heidelberg)

A. Yuval: Zur Stellung des Arztes im klassischen Altertum. „...Phoebo ante alios dilectus Iapyx Iasides...“ (Aeneis XII 391). Münch. med. Wschr. 108, 329—331 (1966).

Die ältere römische Medizin war religiös-magisch. Die ersten Ärzte waren Sklaven, Freigelassene oder Abenteurer. Auch unter den Soldaten und Offizieren eines Heeres gab es Menschen, die sich im Heilen auskannten; sie heilten aber nur gelegentlich, sonst waren sie kämpfende Soldaten. Vergil schildert den Arzt des Aeneas, namens Japyx, als einen Mann, der gut ausgebildet war und nur ärztliche Tätigkeit ausübte; er brauchte nicht mitzukämpfen. Es geht Vergil darum, den ärztlichen Beruf zu rehabilitieren, so meint Verf.

B. MUELLER (Heidelberg)

The thymus. A symposium held at the Wistar Institute of Anatomy and Biology, April 29, 1964. Edit. by VITTORIO DEFENDI and DONALD METCALF. (The Wistar Inst. Symposium Monogr. Nr. 2.) Philadelphia: Wistar Institute Press 1964. 145 S. mit Abb. und Tab. \$ 5.—.

J. H. Solem and T. Brinck-Johnsen: An evaluation of a method for determination of free corticosteroids in minute quantities of mouse plasma. (Scand. J. clin. Lab. Invest. Vol. 17, Suppl. 80.) Oslo 1965. 14 S., 4 Abb. u. 8 Tab.

Jivraj N. Mehta: Medical services in India. (Medizinaleinrichtungen in Indien.) Indian med. J. 59, 165—174 (1965).

Nach einer umfangreichen Darstellung der historischen Entwicklung der Medizin in Indien wird die heutige Situation des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Medizinalstatistik, der Versorgung der Bevölkerung mit Ärzten, Krankbetten und Pflegepersonal besprochen. Die großen Erfolge der letzten 2 Jahrzehnte auf allen Gebieten des Medizinalwesens werden in aufschlußreichen Zahlen gewürdigt. Im einzelnen wird auf die Maßnahmen zur Kontrolle der Infektionskrankheiten, zur quantitativen und qualitativen Verbesserung der Ernährung, zur Verbesserung der Wasserwirtschaft, zur Herstellung und Kontrolle von Medikamenten und zur Familienplanung hingewiesen. Mit einem Dank für die umfassenden Hilfen der verschiedensten internationalen Organisationen und der Hoffnung, daß es in den nächsten 10 Jahren gelingen möge, die Minimalbedingungen für eine moderne Gesundheitsfürsorge und ein modernes Medizinalwesen zu schaffen, beschließt der Verf. seine Ausführungen. H. SCHWERTZER (Düsseldorf)

GG Art. 20 Abs. 2, 92, 101 Abs. 2; Heilberufsg NRW i.d. F.v. 3. 6. 1954 (GS NRW 376) (Verfassungsmäßigkeit der Heilberufsgerichte in Nordrhein-Westfalen). Die Heilberufsgerichte des Landes Nordrhein-Westfalen sind staatliche Gerichte eines Bundeslandes i. S. des Art. 92 GG. [Lberufsg f. Heilberufe vom OVG Münster, Urt. v. 15. 11. 1965 — ZA 2/65.] Neue jur. Wschr. 19, 423 (1966).

Die Berufsgerichte des Landes Nordrhein-Westfalen sind mit einem unabhängigen Richter als Vorsitzenden und zwei Beisitzern besetzt, die dem Heilberuf angehören; Delegierte oder Angestellte der zuständigen Ärztekammer dürfen zum Beisitzer nicht bestellt werden. Es besteht stets eine Berufungsmöglichkeit, die Verteidigung kann angemessen geführt werden. Nach Auffassung des zuständigen Senates bestehen keine Bedenken dagegen, die Heilberufsgerichte des Landes als staatliche Gerichte im Sinne von Art. 92 GG anzusehen. B. MUELLER

Prof. Dr. Hans Gross. Zu seinem 50. Todestag. Arch. Kriminol. 136, 121 (1965).

Robert P. Brittain: The origins of legal medicine in Italy. [London Hosp. Med. Coll., London.] Med.-leg. J. (Camb.) 33, 168—173 (1965).

Ulrich Schaefer: Eine Obduktion aus der Zeit um 1600. [Anthropol. Inst., Univ., Gießen.] Anthropol. Anz. 29, 209—212 (1965).

Conrad Händel: A report on the 43rd German Congress on Forensic and Social Medicine. Med. Sci. Law. 5, 164—165 (1965).

Erwin Jahn: Anmerkungen zum vertraulichen deutschen Leichenschauschein. Bundesgesundheitsblatt 8, 368—369 (1965).

Verf. (Wissenschaftlicher Rat am Bundesgesundheitsamt) gibt das internationale Formblatt für das ärztliche Zeugnis über die Todesursache wieder. Hier sind wesentliche Fehler vermieden worden. Gefragt wird nach der Kausalkette, die den Tod herbeigeführt hat, und auch nach den sonstigen Umständen. Auch vom Standpunkt des Sozialmediziners aus ist eine Reform der Leichenschau für das Bundesgebiet erforderlich. B. MUELLER (Heidelberg)

Wolfgang Schwerd: Kritische Bemerkungen zur Leichenschau. Bundesgesundheitsblatt 8, 365—368 (1965).

Auf einer Fortbildungstagung des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten in Würzburg im Oktober 1965 nimmt Verf. gegen die in den Ländern bestehende Leichenschauordnungen Stellung. In Hamburg ist die Leichenschau ausdrücklich dem behandelnden Arzt vorbehalten, was Verf. mit Recht für falsch hält. Um die gestellten Fragen beantworten zu können, müsse man fast ein Hellscher sein. Die Leichenschau reicht nicht aus, um ein zuverlässiges Bild über die Todesursache zu gewinnen, sie ist aber nicht wertlos, wenn sie sorgfältig vorgenommen wird. Die Leichenschauordnungen und die Leichenschau-Scheine sollten unter Mitwirkung von Fachleuten neu gefaßt werden. B. MUELLER (Heidelberg)

Charles S. Petty: **Multiple causes of death. The viewpoint of a forensic pathologist.** [17. Ann. Meet., Amer. Acad. of Forensic Sci., Chicago, 25. II. 1965.] *J. forensic Sci.* **10**, 167—178 (1965).

Nach Empfehlung der Mitgliedstaaten der WHO soll eine international einheitliche Todesbescheinigung eingeführt werden, die die in den meisten Kulturländern üblichen Todesursachenstatistiken günstig beeinflussen soll. Danach soll in Teil I der Bescheinigung unter (a) die Krankheit oder der Umstand genannt werden, welche unmittelbar den Tod herbeigeführt hat. Unter (b) sollen hierzu die krankhaften Zustände genannt werden, die die vorgenannte Ursache herbeigeführt haben, wobei der „letztlich zugrundeliegende“ Umstand an letzter Stelle (c) zu nennen sei. In Teil II der Bescheinigung sollen „andere wesentliche Umstände“ aufgeführt werden, die zwar zum Tode beitragen, aber nicht in Zusammenhang mit der Krankheit bzw. den Umständen, die den Tod verursacht haben, standen. Verf. bemängelt, daß unter I (a) ausdrücklich nur eine einzige Ursache aufgeführt werden soll, während andere Todesursachen auszuschließen seien. Er weist darauf hin, daß nach amerikanischen Statistiken über die Hälfte aller bisherigen Todesbescheinigungen 2 und mehr Todesursachen enthielten, die zum Teil erst zusammen den Tod vernünftig erklärten. Unter der verwirrenden Anzahl von multiplen Todesursachen schälen sich zwei Typen heraus: Todesursachen, die gleichwertig nebeneinander, jedoch ohne Beziehung untereinander stehen; sie können dabei erst zusammen oder jede für sich alleine den Tod bewirkt haben, z. B. Blutalkoholkonzentration 2,0⁰/₁₀₀, Scobarbital 0,9 mg-% (Blut) oder multiple traumatische Schäden (letalen Charakters) und extreme Arteriosklerose der Herzgefäße oder schwieriger: Fettleber, Lungenemphysem, Schilddrüsen-Ca und chronische Nephritis. Die zweite Kategorie umfaßt Fälle, die in enger physiologisch-pathologischer Beziehung zueinander stehen. Nur für diesen Typ sei der Totenschein eigentlich geschaffen. Aber auch hier könnten Komplikationen auftreten, da es dem Temperament, der Erfahrung usw. des Leichenschauers oder Obduzenten überlassen bleibe, wieweit er die Kette der Krankheitsereignisse ziehen wolle, z. B. Arteriosklerose der Herzgefäße [I (a)] oder komplizierter: Arteriosklerose der Herzgefäße [I (a)], Fettleibigkeit, falsche Ernährungsweise [I (b)], Überessen wegen beruflicher Überanspannung beim Fahren eines Transitbusses. Eine zunächst „natürlich“ erscheinende Todesursache könne somit plötzlich zur Berufskrankheit oder zum Unfall werden. Im Interesse brauchbarer Statistiken und im Interesse der Verhütung des Todes schlägt Verf. vor, z. B. nicht nur „Tod durch Erhängen“ alleine anzugeben, sondern, wenn nötig, unter II auch „schwere agitierte Depression“ anzufügen. Die Arbeit erscheint im Hinblick auf die derzeit wiederauflebende Kritik an der Leichenschau und der Form des Leichenschau Scheines in der Bundesrepublik Deutschland beachtenswert.

KURT WILLNER (Würzburg)

H.-J. Wagner: **Die Konsolidierung des Lehrfaches für gerichtliche Medizin an den Universitäten im ehemaligen und jetzigen deutschen Sprachraum.** [Inst. f. gerichtl. Med. u. Kriminalist., Univ., Mainz.] *An den Grenzen von Medizin und Recht. Festschrift z. 65. Geburtstag von Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. WILHELM HALLERMANN 1966*, 219—229.

Interessanter, gründlicher, gut lesbarer und durch das Schrifttum begründeter Überblick. Aus der beigegebenen Tabelle, in der die Errichtung des Lehrstuhls und die Institutsgründung angegeben werden, geht hervor, daß die Lehrstuhlgründung an einigen Universitäten recht früh erfolgte, daß dann aber der Lehrstuhl verwaiste und erst viel später, nach Einrichtung eines Institutes, wieder besetzt wurde, z. B. Errichtung des Lehrstuhles in Kiel 1861, Institutsgründung 1906, Errichtung des 1. Lehrstuhles in Heidelberg 1868, danach Verwaisung des Lehrstuhles bzw. Mitverwaltung durch den Hygieniker, erst 1927 Gründung eines Institutes und erneute Besetzung des Lehrstuhles.

B. MÜLLER (Heidelberg)

Zur Organisation und Arbeitsweise gerichtsmedizinischer Einrichtungen in der UdSSR und in der DDR. *Forum Kriminalistik* Nr. 5, 41—42 u. 45 (1965).

Der verwaltungsmäßige und wissenschaftliche Aufbau der gerichtsmedizinischen Institutionen in der UdSSR und in der DDR werden erläutert und dabei unter anderem festgestellt, daß die gerichtsmedizinischen Institute in der UdSSR dem Gesundheitsministerium eingegliedert sind, während sie in der DDR dem Staatssekretariat für das Hoch- und Fachschulwesen unterstehen. Ferner wird ausgeführt, daß in der UdSSR insgesamt 82 Lehrstühle für Gerichtsmedizin existieren, die sich hauptsächlich der wissenschaftlichen Forschung, der Ausbildung von Studenten und der

Gutachtenerstattung für den Staat widmen. Daneben gibt es noch sog. Büros für gerichtliche Medizin, die vorwiegend mit der Routinearbeit beschäftigt sind und als selbständige Einrichtung über verschiedene Fachabteilungen verfügen. Zu den Aufgaben der Gerichtsmediziner in der UdSSR gehören unter anderen auch graduelle Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit, röntgenologische Altersbestimmung, gynäkologische Untersuchungen und Geschlechtsbestimmung. Dagegen werden serologische Untersuchungen zum Zwecke des Vaterschaftsausschlusses nicht durchgeführt, aber auch nicht verlangt! Die Beurteilung der alkoholischen Beeinflussung erfolgt in den klinischen Einrichtungen. Mit dem Hinweis auf die günstigen Arbeitsbedingungen in der UdSSR und auf die mißliche Lage der Gerichtsmedizin in der DDR wird festgestellt, daß wegen Mangels an Fachkräften und geeigneten Einrichtungen der Gerichtsmedizin die Versorgung der Bevölkerung auf diesem Sektor in mehreren Bezirken der DDR nicht ausreichend ist. Zur Verbesserung der Lage wird eine Reihe von Vorschlägen unterbreitet. ARBAB-ZADEH (Düsseldorf)

C. O. Henrikson: Isotopröntgen- I^{125} . Sein Wert in der gerichtlichen Medizin und Zahnmedizin. Nord. kriminaltekn. T. 34, 295—297 (1964) [Schwedisch].

Es wird ein „Isotopen-Röntgenapparat“ beschrieben, der besonders wegen seiner Kleinheit empfohlen wird. Es handelt sich um J^{125} , das in einer kleinen Metallhülse liegt. Bei einer Aktivität von 0,5 Curie lassen sich mit gewöhnlichem Röntgenfilm oder dem empfindlichen Polaroidfilm brauchbare Aufnahmen herstellen. G. E. VOIGT (Lund)

U. Zimmermann: Bemerkungen und kasuistische Beiträge zum Münchhausen-Syndrom. [Inn. Abt., Krankenanst., Wittenberge.] Dtsch. Gesundheitswes. 21, 57—63 (1966).

Benannt ist das Syndrom nach dem bekannten „Lügenbaron“ FRH. v. Münchhausen. Es handelt sich, wie Verf. in der Zusammenfassung bemerkt, um Betrüger; sie ziehen rastlos von Ambulanz zu Ambulanz, von Krankenhaus zu Krankenhaus. Sie schildern — und zwar in zunächst recht glaubwürdiger Weise — schwere vorangegangene Krankheiten; sie sind ausgesprochen operationswillig. Es gibt Streit mit dem Pflegepersonal. Sie versuchen zu erreichen, daß sie in den Mittags- oder späten Abendstunden als „Notfall“ aufgenommen werden. Ausgesprochene kriminelle Züge sind selten. Artefakte kommen vor. Verf. unterscheidet Typen, die abdominale Erscheinungen vortäuschen, die Blutungen erzeugen, die Anfälle neurologischer Art produzieren und die sich dermatologische Artefakte zufügen. Es folgt die Darstellung von zwei interessanten Fällen. Einer dieser „Patienten“ lag innerhalb von 3 Jahren in 34 Krankenhäusern mit insgesamt 346 Tagen; in dieser Zeit wurden 11 Cystoskopien, 8 Pyelographien, 7 Abdominalübersichtsaufnahmen, 8 Ausscheidungsurogramme, 3 Thoraxdurchleuchtungen, 1 Cholecystographie und 1 Colon-Kontrasteinlauf durchgeführt; niemals ergab sich ein positiver Befund. Verf. regt weitere Veröffentlichungen über derartige Patiententypen an. B. MUELLER

H. A. Shapiro: Forensic medicine in medical education. (Die Gerichtsmedizin im Rahmen der medizinischen Ausbildung.) [Conf. on Med. Educat., Durban, 8. VII. 1964.] J. forensic Med. 12, 68—75 (1965).

Verf. ist Gerichtsmediziner in Johannesburg (Südafrika). Er berichtet, daß der gerichtsmedizinischen Ausbildung während des Studiums nur ein geringer Raum zugemessen wird, daß aber normale und pathologische Anatomie, Histologie und Toxikologie wie auch allgemeinmedizinische Disziplinen wichtige Grundlagen darstellen, und belegt dies mit zahlreichen Beispielen. — Der graduierte Mediziner müßte sich hingegen ausführlich mit der Materie befassen, wenn er als Gerichtsmediziner tätig sein wolle. — 6—9 Monate Spezialausbildung an einem geeigneten Institut werden gefordert, wobei endlich auch in Südafrika die Ausbildung der Gerichtsmediziner durch Universitätsinstitute erfolgen sollte. KAISER (Wien)

A. L. Metnieks e G. Vidoni: Suicidio e fattori meteorologic e cosmici. Indagine statistica. [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Parma.] Minerva med.-leg. (Torino) 85, 97—104 (1965).

R. Fau, R. Chateau et Michèle Machu: Le suicide chez l'adolescent à propos de 23 observations médico-psychologiques. Ann. méd.-psychol. 123, Bd. 1, 1—20 (1965).

Die Untersuchungen beruhen auf 23 Krankengeschichten von „Jugendlichen“, die älter als 13 und jünger als 23 Jahre waren. Zunächst werden jene *negativen* Aspekte, d. h. solche Ge-

gebenheiten, die *keine* Bedeutung für den Ursachenkomplex SV. haben, besprochen. Zwei Drittel der Ausführungen setzen sich polemisch mit der einschlägigen Literatur auseinander, es wird die am meisten vertretene Suicidtheorie, welche sich auf die existentielle Angst gründet, als „literarische Seitzänerei“ bezeichnet und hervorgehoben, daß der soziale Faktor, Intelligenzgrad bzw. schulisches Versagen, moralische Konflikte, organische Störungen, psychotische Zustände und Neurosen bei den wegen Suicidversuches internierten Patienten *keine* Rolle spielten. Schließlich wird auch kritisiert, daß dem Terminus: „névrose suicidaire“ kein eindeutig faßbarer, psychopathologischer Befund zugrunde läge. Im 2. Teil der Arbeit werden die suicidauslösenden Momente als *positive* Gesichtspunkte herausgestellt. Die Autoren haben bei den Jugendlichen, die aus wichtigsten Anlässen Suicidversuche begehen, eine Tendenz festgestellt, welche mit einer Art Gottesurteil, dem sie sich unterwerfen, verglichen wird. Der Suicid stelle eine Art von Wette mit 50prozentiger Gewinnchance dar. Man überläßt die Entscheidung über Tod und Leben dem Schicksal: Man wird sehen (on verra). Es käme bei diesen Jugendlichen nicht zur Entwicklung neurotischer Symptome im Sinne der Flucht oder Abwehr, vielmehr herrsche ein infantiler und gleichzeitig magischer Aspekt vor, welcher den wichtigsten Unterschied zwischen dem Suicidversuch eines Erwachsenen und dem eines Jugendlichen charakterisiere. Die Autoren gehen auch auf die jugendtümliche und phasenspezifische Art des Zeiterlebens ein, welche durch die Unfähigkeit, ein Zeitgefühl für die Zukunft zu entwickeln, gekennzeichnet ist und sich als Ungeduld, die jeden Aufschub als unerträgliche Frustration erscheinen läßt, äußere. Trotz der bei den meisten Patienten erheblich gestörten Familienbeziehungen, die in der Regel eine Identifikation mit dem Vater- bzw. Mutterbild verhinderten, wäre es verwunderlich, daß die Jugendlichen weder neurotische Mechanismen, psychotische Symptome noch Charakteranomalien entwickelt hätten, sondern mit Suicidversuchen reagierten. Die Verff. warnen davor, die ersten Suicidversuche während der Reifezeit nicht ernst zu nehmen, auch dann, wenn sie so angelegt sind, daß Sicherungen zu deren Verhinderung oder rechtzeitigen Entdeckung eingebaut wurden. Es wird auf die Wiederholungstendenz aufmerksam gemacht und auf die immer massiver werdenden Formen autoaggressiver Aktionen, als ob das Schicksal immer dringender herausgefordert werden solle. Wenn die Ausführungen durch die kleine Zahl auch relativiert werden, enthält der entwicklungspsychologische Gedanke zweifellos einen vielfach übersehenen Aspekt zur Erklärung oft schwer einfühlbarer Suicidversuche während der Adoleszenz. CABANIS (Berlin)

F. Reimer: Gibt es ein Selbstmordproblem? [Psychiat. u. Nervenklin., Univ., Kiel.] Lebensversicher.-Med. 18, 36—37 (1966).

Nicht das vielschichtige Problem des Selbstmordes soll in Frage gestellt werden, wie man aus dem Titel schließen könnte; der Autor will mit dem kurzen Beitrag vielmehr auf die Schwierigkeiten der auch für die Versicherungsmedizin bedeutsamen Abgrenzung des Suicids von einem Suicidversuch hinweisen. An Hand von zwei kurz geschilderten Beispielen wird die an sich bekannte Tatsache hervorgehoben, daß ein ernstgemeinter Suicidvorsatz nicht immer zum gewünschten Erfolg führt, während umgekehrt eine harmlos gemeinte Demonstration tödlich enden kann. — Skizzenhaft erwähnt werden die Fragen der Unterbringung bzw. Behandlungsbedürftigkeit nicht geisteskranker Suicidanten. PHILLIP (Berlin)

E. Nau: Ursachen des Selbstmordes bei Strafgefangenen. [Forens.-Psychiat. Abt., Freie Univ., Berlin.] Z. Präy.-Med. 10, 512—513 (1965).

Untersuchungshäftlinge und Strafgefangene sind multikonditionalen Belastungen ausgesetzt, die sich aus vorbestehenden Konflikten, der Straftat und der Prozeßsituation ergeben; Jugendliche neigen in dieser Lebenslage zu Kurzschlußreaktionen, die durch Vorwürfe der Eltern, Loslösung aus dem bisherigen, vertrauten Milieu wie auch die Angst vor Repressalien seitens der Mitwisser von Tatdetails gebahnt werden. Erwachsene, besonders solche mit präsenilen Veränderungen, neigen in der Haft vermehrt zu depressiven Reaktionen. Die Häufigkeit der Suicide und Suicidversuche steht in einer deutlichen Korrelation zur Vorbildung, persönlichen Erfahrung, dem Einfühlungsvermögen und dem mitmenschlichen Verständnis der im Strafvollzug tätigen Persönlichkeiten. Eine psychologisch-psychiatrische Weiterbildung der Gefängnisärzte und eine entsprechende Schulung von Fürsorgern und Justizbeamten wird zu Recht gefordert. Verf. weist auf die enge Beziehung zwischen Gewalthandlungen aller Art und Suicidversuchen bei jugendlichen Mördern (Katamnesen von 120 begutachteten Mörderinnen) und bei Fällen von erweitertem Selbstmord hin. Ähnliche Ergebnisse zeichnen sich jetzt bei Untersuchungen ab, die sich mit der Verhaltensweise von Kindesmißhandlern beschäftigen. G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

O. Kehr: Telephonseelsorge als Mittel der Selbstmordprophylaxe. *Z. Präy.-Med.* 10, 511—512 (1965).

Die Suicidprophylaxe sollte sich besonders auch auf die oft frühzeitig aus der Klinikbehandlung entlassenen Suicidanten erstrecken. Zur Resozialisierung und praktischen Betreuung ist psychagogische Führung sinnvoll zu koordinieren, hierbei ist eine Teamarbeit von Juristen, Theologen, Soziologen und Fürsorgern mit neurosenpsychologisch versierten Psychiatern unerläßlich. Sublimierung pathologischer Anlagen, Sinnerhellung des Lebens und die Lösung individueller Schuldprobleme sind anzustreben; Aufgabe der Publizistik ist es, alte Tabus abzubauen und dadurch den Gefährdeten die Verwirklichung des Menschseins zu ermöglichen.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

Hj. Sjövall: Selbstmord im Straßenverkehr. [Inst. f. Gerichtl. Med., Karolinska Inst., Stockholm.] *An den Grenzen von Medizin und Recht. Festschrift z. 65. Geburtstag von Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. WILHELM HALLERMANN 1966*, 167—174.

Verf. hat innerhalb eines Jahres in 6 Fällen die Diagnose „Selbstmord im Straßenverkehr“ stellen können und weist an Hand näher beschriebener Beispiele auf die diagnostischen Möglichkeiten sowie auf die straf-, zivil- und versicherungsrechtlichen Konsequenzen hin. Manchmal wird die Selbstmordabsicht vorher bekanntgegeben, manchmal läßt sie sich aus der Handlungsweise — auch wenn die betreffenden Personen angeblich keine Selbstmordabsichten geäußert haben — erkennen oder jedenfalls vermuten.

GRÜNER (Gießen)

P. Dervillé, Et. Dervillé et J. Doignon: Contribution à l'étude du suicide en milieu urbain. Le suicide à Bordeaux, étude statistique de l'Institut médico-légal portant sur six années et huit mois. (Beitrag zum Studium des Selbstmordes im Großstadtmilieu. Der Selbstmord in Bordeaux. Statistische Untersuchung des gerichtsärztlichen Institutes in einer Zeit von 6 Jahren und 8 Monaten.) *Ann. Méd. lég.* 45, 5—19 (1965).

102 Suicidfälle (Verhältnis Männer zu Frauen 3 zu 1) werden nach verschiedenen Gesichtspunkten (Alter, Geschlecht, Selbstmordart, Zeitpunkt des Selbstmordes nach Jahreszeit und Tageszeit, Vorkrankheiten) aufgegliedert. Bemerkenswert ist, daß Selbstmord durch Sprung ins Wasser an erster Stelle steht.

G. ADEBAHR (Frankfurt a. M.)

A. Gorceix et N. Zimacca: Étude des dossiers de suicide enregistrés dans le département de la Seine en 1962. (Studie über die im Jahre 1962 im Seine-Departement registrierten Selbstmordfälle an Hand von Akten.) [Clin. Toxicol. de Fac., Paris.] *Ann. Méd. lég.* 45, 20—28 (1965).

Die Durchsicht der verfügbaren Unterlagen hat keine neuen wesentlichen Erkenntnisse vermittelt. Es hat jedoch den Anschein, daß Vereinsamung und das Gefühl, unter Zwang zu stehen, häufig Anlaß zum Selbstmord geben.

G. ADEBAHR (Frankfurt a. M.)

Walter F. Haberlandt: Der Suizid als genetisches Problem. (Zwillings- und Familienanalyse.) [Inst. f. Anthropol. u. Humangenet., Univ., Tübingen.] *Anthrop. Anz.* 29, 65—89 (1965).

Die Forschung steckt noch in den Anfängen und hat noch keine eindeutigen Ergebnisse gezeigt. Der Beitrag betrifft 5 für Selbstmord diskordante Zwillingspaare, 3 eineiige und 2 zweieiige, aus einer Serie von 150 Zwillingspaaren. In der Aszendenz ist manchmal die Neigung zu depressiven Verstimmungen auffällig. Für die Prophylaxe bemerkenswert ist ein Vorfall, bei dem sich ein junger Hochschullehrer aus unberechtigten Insuffizienzgefühlen heraus erhängte, als ihm die Ehre zuteil wurde, seinen verstorbenen Chef zu vertreten. Geeigneter Zuspruch hätte diesen Selbstmord vielleicht abwenden können.

B. MUELLER (Heidelberg)

Gunnar Waage: Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen. [Kinderpsychiat. Abt., Pädiat. Univ.-Klin., Kinderpsychiat. Dienst, Psychiat. Univ.-Klin., Basel.] *Prax. Kinderpsychol.* 15, 1—12 (1966).

Störungen in der Liebes- und Zuwendungsfähigkeit, das Gefühl der Ungeliebtheit und Isolation werden als prädisponierend für die Selbstmordneigung auch bei Kindern angesehen. WAAGE untersuchte 18 Kinder und Jugendliche im Alter von 8—15 Jahren, die Suicidversuche begangen hatten. Bemerkenswert ist, daß in der Hälfte der Fälle in der Familie der suicidalen Kinder Selbst-

mordhandlungen oder -drohungen Erwachsener vorgekommen waren. Dieses Phänomen sei weniger im Sinne einer hereditären Suiciddisposition, vielmehr in der Bedeutung eines Vorbildes zu verstehen, das von vielen Kindern nachgeahmt werde. Die Kinder stammten aus allen sozialen Schichten, fast alle aus einer gestörten Familie. Die psychische Dynamik entsprach in den meisten Fällen der Theorie FREUDS: Wendung einer nach außen gerichteten Aggression gegen das Ich. In einer kleineren Gruppe schien der Suicidimpuls einer Flucht tendenz zu entsprechen, in zwei Fällen einer hysterischen Demonstration. In keinem Falle konnte eine Psychose oder ein epileptisches Leiden diagnostiziert werden. In Übereinstimmung mit anderen Untersuchern wurde festgestellt, daß auch in diesem Lebensalter die Einnahme von Schlaf- und anderen Tabletten zur häufigsten Art des Selbstmordversuches geworden ist. Bei Nachbeobachtungen, die sich über einen Zeitraum von 6 Monaten bis zu 7 Jahren erstreckten, ließen sich bei keinem dieser Kinder weitere Suicidversuche nachweisen. Bei der Verknüpfung der oft relativ belanglosen Ereignisse mit dem Wunsch zu sterben, liegt zunächst die Frage nahe, was „Tot-sein, Sterben“ für das Kind überhaupt bedeutet. Vor allem, ob es eine reale Vorstellung davon habe, daß der Tod ein unwiderfürliches Ende des Lebens darstellt. Weiterhin müsse selbst bei anscheinender Oberflächlichkeit mancher Motivationen geprüft werden, ob nicht eine viel tiefer liegende und weiter zurückreichende depressive Verstimmung bzw. Erlebnisse, von Enttäuschungen, Verstoßensein oder auch Lebensangst vorliegen. — Eine sehr lesenswerte und interessante Arbeit. PHILLIP (Berlin)

Stuart Palmer: Murder and suicide in forty non-literate societies. J. crim. Law Pol. Sci. 56, 320—324 (1965).

Verf. stellt sich in Gegensatz zu anderen Autoren, die eine Beziehung zwischen Mord und Selbstmord für rein zufällig halten, und ist mit den meisten tiefenpsychologisch ausgerichteten Psychiatern der Ansicht, daß beiden Tötungsarten die gleiche Gesetzmäßigkeit zugrunde liegt. Als wesentliche Kausalfaktoren werden die Folgen negativer Milieueinflüsse in der frühen Kindheit, aber auch die prägende Funktion der sozialen Struktur des jeweiligen Kulturkreises angeführt. Liege eine „Übersozialisierung“, z. B. mit den Erfordernissen erhöhter Anpassung vor, richte sich die Aggression mehr nach außen, und zwar oft in Gestalt einer Mordtat. Herrsche dagegen bei der Population eine „Untersozialisierung“ vor, wende sich die Aggression nicht selten in Form eines Suicides gegen die eigene Person. Tabellarisch wird aufgezeigt, daß Mord und Selbstmord in einer bemerkenswert hohen Abhängigkeit zueinander stehen. Der Autor findet auch eine enge Korrelation zwischen beiden Tötungsarten und dem landesüblichen Bestrafungsmodus. Die genannten Aggressionshandlungen treten dort am seltensten auf, wo eine milde Bestrafungspraxis vorherrscht. — Diese bemerkenswerten Feststellungen berücksichtigen allerdings nicht, daß auch andere Faktoren für die Erklärung derartiger Wechselbeziehungen, etwa eine standesgebundene Mentalität, unterschiedliche Erziehungsmethoden, voneinander abweichende Leitbilder usw., herangezogen werden können. Auch dürfte bei den untersuchten Kulturen die Prämisse eines gleichen Aggressionsreservoirs nicht gegeben sein. Es findet sich leider auch kein Hinweis darüber, von welchen Einflüssen das heftige Anwachsen aggressiver Triebe innerhalb dieser Kulturen abhängt und weshalb sich Aggression hier besonders in Form von Mord und Selbstmord umsetzt. Auch hierbei dürften soziale Variablen eine entscheidende Bedeutung besitzen. CABANIS (Berlin)

Franz Scherm: Selbstmord mit Leukoplast. Kriminalistik 2, 90—92 (1966).

In einem Krankenhaus wurde eine 74-jährige Beamtenwitwe, die mit noch drei weiteren Patientinnen in einem Zimmer zusammen untergebracht war, von der Nachtschwester tot im Bett aufgefunden. Mund und Nasenöffnung waren mit Leukoplast verklebt, das sich die Verstorbene aus der Stadt hatte mitbringen lassen. Als Ursache für den Suicid konnte eine erhebliche seelische Depression festgestellt werden. Sorgsamst durchgeführte Ermittlungen ließen eine Beteiligung anderer Personen ausschließen. E. BÖHM (Heidelberg)

Luis Ramón Puerta Luis: Ordenamiento penal de la Ley de uso y circulación de vehículos de motor de 24 de diciembre de 1962. (Das Gesetz vom 24. Dezember 1962 über Gebrauch und Verkehr von Kraftfahrzeugen.). Anuario Escuela judic. 1963, 29—52.

Im Juni 1965 trat ein neues Gesetz in Kraft, das an sich schon am 24. 12. 62 erlassen wurde und das die Straftaten regelt, die im Zusammenhang mit dem Verkehr mit Kraftfahrzeugen begangen werden. Nach diesem Gesetz ist auch ohne Entstehung eines Unfalles allein grob unvorsichtiges Fahren, die sich daraus ergebende Gefährdung des Lebens und der Gesundheit von

Personen und die Beschädigung von Sachgütern strafbar. Die Begriffe: „Fahrer, Kraftfahrzeug und Verkehrsstelle“ werden definiert. Nicht nur fahrlässiges Verhalten allein, sondern auch die Führung eines Kraftfahrzeuges unter offensichtlichem Einfluß von Alkohol oder Betäubungsmitteln ist strafbar, fernerhin die Verweigerung der Hilfe bei Unfällen; Fälschungen von Verkehrsschildern und ungerechtfertigte Benützung von Kraftfahrzeugen werden unter Strafe gestellt. Ein bestimmter Grenzwert des Blutalkoholgehaltes ist nicht angeführt. Die Wirkung muß — wie erwähnt — offensichtlich sein; wegen dieser unklaren Fassung ist eine Diskussion entstanden.

FERNÁNDEZ MARTÍN (Madrid)

José María Muñoz Caparrós y Luis González Gómez: La responsabilidad civil en la Ley de 24 de diciembre de 1962, sobre uso y circulación de vehículos de motor. (Die Bürgerliche Verantwortung in dem Gesetz vom 24. XII. 1962, über Gebrauch und Verkehr von Kraftfahrzeugen.). Anuario Escuela judic. 1963, 69—75.

Zweck des Gesetzes ist, die Entschädigung von Personen zu regeln, die Kraftverkehrsunfällen zum Opfer fielen. Die Entschädigungspflicht entfällt, wenn der Unfall durch unabwendbare höhere Gewalt oder offensichtliche Unvorsichtigkeit des Verunglückten zustande gekommen ist. Der Geschädigte kann vom Richter verlangen, daß dieser für sofortige Abhilfe sorgt. Der Richter kann anordnen, daß die zuständige Versicherungsgesellschaft oder der Schuldige selbst eine Entschädigung zahlt. Ist der Fahrer zahlungsunfähig, so kann der Richter den „Nationalen Garantiefond“ veranlassen, dem Verunglückten bis zur Genesung ein Versorgungsgehalt zu zahlen, der ungefähr 150 Pesetas täglich beträgt (etwa DM 10.—). Der Bürgschaftsvorrat, also der Garantiefond, ist zu diesem Zweck vom Finanzministerium geschaffen worden. Jedes Fahrzeug muß versichert sein. Das Gesetz bestimmt im Einzelnen, wie die entstandenen Schäden einzuschätzen sind und wer die Kosten dafür übernimmt.

FERNÁNDEZ MARTÍN (Madrid)

José Antonio Linares Lorente: La autopsia judicial y los delitos de tráfico. (Die gerichtsmedizinische Obduktion und die Verkehrsvergehen.) Anuario Escuela judic. 1963, 109—121.

Die gerichtsmedizinische Tätigkeit bei der Klärung von Verkehrsunfällen umfaßt: Einsicht in die Akten, Erhebung der Befunde am Unfallort, äußere Leichenschau, die Leichenöffnung selbst und ein Asservieren von Proben und Spuren für die weitere Untersuchung. Zuständig für die Aufsicht ist der Untersuchungsrichter bzw. der Stadt- oder Bezirksrichter. Der Gerichtsarzt muß anwesend sein. Er muß den Tod feststellen und darauf achten, daß die notwendigen Befunde erhoben werden. Der Verunglückte ist zu identifizieren. Hauptaufgabe der Leichenuntersuchung ist die Feststellung der Todesursache, der Todeszeit und, soweit möglich, eine Entscheidung der Frage, ob es sich um einen Mord, Selbstmord oder Unglücksfall handelt. Bisher war in allen Fällen eines gewaltsamen Todes oder eines Todes aus unbekannter Ursache eine Obduktion unumgänglich. Nach dem neuen Gesetz vom 24. 12. 62 (s. oben) kann die Sektion mit Zustimmung des Gerichtsarztes unterbleiben, wenn die äußere Leichenschau den Fall genügend klärt. Bei etwa 5% der Fälle kann man sich mit der Leichenschau begnügen. Gleich nach dem Unfall bitten die Angehörigen vielfach um ein Unterlassen der Leichenöffnung; darauf kann aber kaum eingegangen werden, denn in der Hauptverhandlung würde bei unzureichenden Befunden die Durchsetzung ihres Rechtsanspruches erheblich erschwert sein. Im allgemeinen haben bei Inkrafttreten des Gesetzes die Richter nur dann auf die Leichenöffnung verzichtet, wenn keine andere Person beschuldigt wird. Die Obduktion darf erst 24 Std nach dem Tode stattfinden. Aus besonderen Gründen kann die Frist auf Anordnung des Richters abgekürzt werden, wenn die Erhebung wichtiger Befunde durch die Verzögerung erschwert werden sollte. Es ist auch möglich, daß Körperbestandteile für chirurgische Zwecke entnommen werden; die Erlaubnis hierzu kann der Richter erteilen, es sei denn, daß der Verstorbene sich dagegen geäußert hatte oder die Angehörigen dies ausdrücklich verweigern. Soweit das neue Gesetz über die Klärung der Verkehrsunfälle keine Einzelvorschriften enthält, richtet man sich nach den Bestimmungen der STPO.

FERNÁNDEZ MARTÍN (Madrid)

Preuß. WegereinigungsG; BGB §§ 839, 823 Abs. 1 (Streupflicht bei winterlicher Glätte auf öffentlichen Parkplätzen). Bei winterlicher Glätte müssen auf öffentlichen Parkplätzen die von den Kraftfahrzeugen befahrenen Teile im Interesse der Wagenbenutzer bestreut werden, wenn die Fahrzeugbenutzer diese Teile nicht nur wenige

Schritte als Fußgänger betreten müssen und es sich um einen belebten Parkplatz handelt. [BGH, Urt. v. 22. 11. 1965; II ZR 32/65, Hamm.] Neue jur. Wschr. 19, 202 (1966).

StVo § 7 Abs. 1 Satz 2 (Fahren trotz Vereisung der Windschutzscheibe). Ein Kraftfahrzeug befindet sich nicht in vorschriftsmäßigem Zustand, wenn bei Vereisung der Windschutzscheibe nur die linke Hälfte in einer Breite von 40 cm freigekratzt worden ist. [OLG Bremen, Urt. v. 1. 12. 1965; Ss 80/65.] Neue jur. Wschr. 19, 266 (1966).

BGB §§ 823, 254; StVG §§ 17,7 (Adäquater Kausalzusammenhang bei Verkehrsunfall). Auch länger andauerndes Linksfahren ist nicht adäquat ursächlich für den Schaden eines Auffahrunfalls, der dadurch entsteht, daß ein rechts überholender Fahrer unnötig wieder nach links einbiegt und seine Geschwindigkeit dann durch Abbremsen in kurzem Abstand vor dem Linksfahrer lediglich in der Absicht verringert, den Fahrer des überholten Fahrzeugs zu hindern und ebenfalls zum Abbremsen zu nötigen. [OLG Köln, Urt. v. 4. 11. 1965; 12 U 105/65.] Neue jur. Wschr. 19, 110—111 (1966).

StVO § 11 (Anzeigen der Richtungsänderung bei abknickender Vorfahrt). Wer einer abknickenden Vorfahrtstraße folgt, ändert seine Fahrtrichtung und ist verpflichtet, die Richtungsänderung anzuzeigen. [BGH, Urt. v. 16. 11. 1965; VI ZR 137/64, Hamburg.] Neue jur. Wschr. 19, 108 (1966).

A. von Winterfeld: Die Strafverschärfungen im Straßenverkehrsrecht. Med. Klin. 60, 1754—1756 (1965).

Verf. berichtet über das Zweite Gesetz zur Sicherung des Straßenverkehrs vom 26. 11. 64 (BGBl. I S. 921) und geht dabei insbesondere auf die Entziehung der Fahrerlaubnis, das Fahrverbot und die Verkehrsgefährdung ein.

GÜNTHER BRÜCKNER (Heidelberg)

Meier-Brancke: Neubesinnung der Strafzumessungspraxis nach dem Zweiten Gesetz zur Sicherung des Straßenverkehrs? Blutalkohol 3, 258—270 (1966).

Verf., Senatspräsident am OLG Braunschweig und sehr aktiver Mitwirkender bei den Deutschen Verkehrsgerichtstagen, unterzieht die gegenwärtige Rechtsprechung in Verkehrsstrafsachen einer kritischen Betrachtung. Er faßt das Ergebnis in die Forderungen zusammen: Höhere Bewertung des Menschenlebens und der körperlichen Unversehrtheit der Rechtsgenossen, auch bei Fahrlässigkeitstaten. Deutlichere Unterscheidung im Strafmaß zwischen unfallträchtigen (konkret oder abstrakt gefährlichen) Verkehrsdelikten und bloßem Ordnungsunrecht. Keine Überbewertung des Erfolges, dessen Eintritt oder Nichteintritt meist vom Zufall abhängt. Sorgfältigere Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse der Täter, ihres Einkommens und ihrer Unterhaltspflichten, insbesondere bei Ledigen. Scharfe Ahndung aller unter Alkoholeinfluß verübten Verkehrstaten, wobei unbedingt der Abschreckungszweck im Vordergrund zu stehen hat. — Diese Grundsätze werden vom OLG Braunschweig in ständiger Rechtsprechung beachtet, während andernorts die Rechtsprechung die Mahnungen des Verf. zur Neuorientierung der Strafzumessungspraxis erst noch aufnehmen muß.

HÄNDEL (Waldshut)

Gian Pietro Ferrero e Giovanni Lolli: Aspetti medico-sociali degli incidenti stradali nei lavoratori della valle di Aosta. (Sozialmedizinische Gesichtspunkte bei Straßenunfällen der Arbeiter im Aostatal.) [Ist. Naz., Assicuraz. Mal., Aosta.] Difesa soc. 3, 122—140 (1965).

Im Aostatal werden zahlreiche Straßenarbeiter beschäftigt. Für den Weg von und zu der Arbeit benutzen sie vielfach Motorräder. So kommt es, daß die meisten Unfälle Motorradunfälle sind, etwa in der Hälfte der Fälle. Dritte Personen waren meist nicht verantwortlich (Referat nach Zusammenfassung in deutscher Sprache).

B. MUELLER (Heidelberg)

W. Ehalt: Behandlung und Rehabilitation schwer und schwerst durch Straßenverkehrsunfälle Verletzter. [Unfallkrankenh. d. Allg. Unfallversicherungsanst., Graz.] Wien. klin. Wschr. 78, 133—138 (1966).

J. Hoskovec, J. Pour und J. Stikar: Der Fahrtrainer, ein wirksames Hilfsmittel für die Ausbildung von Fahrschulern. [Inst. f. Psychol., Univ., Praha.] Verkehrsmedizin 12, 307—312 (1965).

Bericht über die Zweckmäßigkeit von Fahrtrainern zur Ausbildung der Kraftfahrer: Schülergruppen mit Fahrtrainerübung waren bei der Abschlußprüfung besser. Die Übungen sollten die Konstruktion des Fahrtrainergerätes berücksichtigen.
H. KLEIN (Heidelberg)

K. H. E. Kroemer und R. Coermann: Die Gestaltung der Insassenkabine von Kraftfahrzeugen. „Prüfliste“ und Bibliographie. [Max-Planck-Inst. f. Arbeitsphysiol., Dortmund.] Zbl. Verkehrs-Med. 11, 213—223 (1965).

Die Autoren vertreten die Ansicht, daß die Forderungen nach Sicherheit der inneren Einrichtung bei der Herstellung von Personenwagen bisher zu wenig berücksichtigt werden. Aus Veröffentlichungen zum Thema „Gestaltung von Insassenkabinen“ wurde deshalb eine Liste von Vorschlägen für eine möglichst zweckmäßige, sichere und bequeme Gestaltung von Pedalen, Handbedienungsknöpfen, Lenkung, Sitzen, Warneinrichtungen, Instrumenten, Sichtverhältnissen, Karosserien u. v. a. zusammengestellt. Die Verf. äußern die Hoffnung, daß diese Zusammenstellung nach eventuellen Ergänzungen und Berichtigungen zu einer „Prüfliste“ führt, die der Automobilindustrie, den Zulassungsstellen für Kfz. und TÜV-Einrichtungen wertvolle Dienste erweisen könnte.
ARBAZ-ZADEH (Düsseldorf)

R. R. Coermann: Über die Beziehungen zwischen Unfallhäufigkeit und Fahrgeschwindigkeit, Fahrer- und Fahrzeugeigenschaften. (Ein Bericht des Bureau of Public Roads, USA.) [Max-Planck-Inst. f. Arbeits-Physiol., Dortmund.] Zbl. Verkehrs-Med. 11, 38—49 (1965).

Die Kenntnis dieses Berichtes ist unerlässlich für jeden, der sich, selbst nur von der Alkoholseite her, mit dem Straßenverkehr beschäftigt. Die ausführliche, aber auch kritische Wiedergabe, wie sie hier vorliegt, ist um so mehr zu begrüßen als versucht wird, die für die USA spezifischen Eigenheiten zu den Gegebenheiten in Europa abzugrenzen. Für europäische Verkehrsverhältnisse werden folgende Schlussfolgerungen gezogen: 1. Es muß dafür gesorgt werden, daß der ganze Verkehr möglichst gleichmäßig fließt, 2. Geschwindigkeiten über 120 km/h sollten auch auf Autobahnen nicht zugelassen sein, 3. Fahrer unter 25 und über 65 Jahre besonders streng bei der Erteilung der Fahrerlaubnis zu beurteilen und zu untersuchen, über 65 regelmäßige Nachuntersuchungen der Reaktionsfähigkeit, Aufklärung über erhöhte Gefahr in den dem Fahrer bekannten Gegenden, 4. Angleichung der Beschleunigungsfähigkeit, 5. Stärkere Karosserien mit festgelegten Mindeststoßfestigkeiten.
H. KLEIN (Heidelberg)

E. Müller: Über den Todeszeitpunkt nach Verkehrsunfällen. Zbl. Verkehrs-Med. 11, 25—27 (1965).

Bei tödlichen Verkehrsunfällen der Jahre 1955—1957 im Saarland wurde der Zeitpunkt des Todes nach dem Unfall festgestellt: Sofort 29,9 — innerhalb 1 Std 16,8 — nach 1—24 Std 28,8 — nach 24—48 Std 7,9 — danach 16,6%. Die Zahlen wurden mit entsprechenden aus Karlsruhe, Nordrhein-Westfalen, Bayern und Düsseldorf verglichen. Verf. sieht zwischen 75,5 (Saarland) und 56,4% (Düsseldorf) anscheinend keinen Unterschied, auf die Verletzungen wird (fast) nicht eingegangen.
H. KLEIN (Heidelberg)

The human element in driving. (Das menschliche Element beim Autofahren.) Med.-leg. J. (Camb.) 33, 162—167 (1965).

1965 wurde von L. G. NORMAN bei der Tagung für Gerichtliche Medizin in England über dieses Thema vorgetragen. Nach einer geschichtlichen Einleitung über die ersten bekanntgewordenen tödlichen Unfälle nach Motorisierung des Verkehrs in England und den Angaben, daß zur Zeit täglich 19 Menschen im Straßenverkehr sterben und Unzählige verletzt werden, wurde zu den Faktoren Straße, Fahrzeug und Verkehrsteilnehmer Stellung genommen. NORMAN postuliert Änderungsmöglichkeiten und weitere Sicherheitsvorschriften in bezug auf Straßenbeschaffenheit

und Fahrzeug, besonders empfiehlt er Anlage und Benutzung von Sicherheitsgurten. Er stellt das menschliche Verhalten als wichtigsten Faktor zur Unfallverhütung heraus. — Die relative Minderung der Unfallzahlen in bezug auf zunehmende Verkehrsdichte — 1934 in England höchste Unfallzahl 7000 Tote, Zahl der Fahrzeuge die Hälfte der heutigen — führt er auf technische Verbesserungen, bessere Fahrleistung und Sicherheitsmaßnahmen sowie auf frühzeitige Belehrung zurück. — Interessant ist die Feststellung, daß bei den Berufsfahrern im Londoner Transportwesen die Unfallquote bei Fahrern unter 30 Jahren 2—3mal größer ist als bei 50—60jährigen. Selbst die über 65jährigen schneiden noch günstiger ab. Er wertet dies besonders als Erfolg einer langjährigen Erfahrung. Diese ist auch ausschlaggebend bei der Frage, ob Frauen häufiger als Männer Unfälle verursachen. — Akute Erkrankungen sollen nur in 1% der Fälle Unfallursache sein. NORMAN nennt an Möglichkeiten den akuten Coronarinfarkt und diabetische Stoffwechsellentgleisungen. In England gewähren Versicherungsgesellschaften Fahrern mit Hörstörungen keinen Prämienrabatt, einige versichern solche Fahrer überhaupt nicht. Über Sehleistung gibt es keine Vorschriften. NORMAN regt an, bei älteren Führerscheininhabern alle 5 Jahre entsprechende Untersuchungen vorzunehmen. Farbenblinde sind nicht häufiger an Unfällen beteiligt als Normalsichtige. — Sicher spielt die Fahrerpersönlichkeit eine Rolle beim Verhalten im Verkehr. Die Beurteilung ist schwierig, weil sich viele Leute während eines Fahrtests gut benehmen, kurz danach aber unangenehm auffallen können. Jüngere Menschen neigen zum schnelleren Fahren. Deshalb sollte man diese davon überzeugen, daß die richtige Geschwindigkeit auf entsprechender Straße, im entsprechenden Fahrzeug und zur richtigen Zeit Sicherheit bedeutet. Es wird auf die psychische und physische Ermüdung am Steuer kurz eingegangen, weiterhin auf das Alkoholproblem und die Auswirkung von Medikamenten. Bei letzteren empfiehlt NORMAN entsprechende Aufklärung durch den verschreibenden Arzt. — In der anschließenden Diskussion wurde angedeutet, daß ein Radio im Fahrzeug vor Einschlafen schützen kann. 10—15% der Unfälle sollen durch Einschlafen verursacht werden. Die in der Diskussion angegebene Relation, daß ein Unfall mit Körperverletzung je gefahrene 300 000 Automeilen zu erwarten ist, das entspricht 10 000 Std am Steuer, erscheint sehr klein (Ref.).

H. ALTHOFF (Köln)

Ulrich Heifer: Elektronische Dateninformation als Rekonstruktionsgrundlage tödlicher Straßenverkehrsunfälle. [Inst. f. Gerichtl. Med., Univ., Bonn.] Zbl. Verkehrs-Med. **11**, 136—144 (1965).

Verf. schlägt eine zentrale Erfassung tödlicher Straßenverkehrsunfälle und systematische Befunddokumentation und Datenverarbeitung zur Erforschung der komplexen Unfalldynamik und ihrer Einzelphasen vor. Verf. berichtet über ein elastisches Schlüsselsystem mittels dessen Aussagen über folgende Merkmale dokumentiert werden: Kennkarte des Getöteten, Beschaffenheit der Unfallstelle, körperlich-geistige Mängel des Getöteten, Unfallverletzungen des Getöteten, Verhalten des Getöteten vor der Kollision sowie Anmerkungen zum Ermittlungs- und Verfahrensverlauf. Diese Merkmale werden nach Kartenspalten und Zeilenziffern verschlüsselt auf Lochkarten übernommen und in einer elektronischen Rechenanlage (Maschinentyp IBM 7090) auf Bändern gespeichert und in einer Fortran-Klartext-Programmierung gezielt bearbeitet. Die Vorteile des Systems werden an Hand des Beispiels der Knochenbruchformen und -lokalisationen der Unterschenkel von Fußgängern, die beim Überqueren einer Straße in einer bestimmten Richtung von einer Pkw-Stoßstange primär erfaßt wurden und den ersten Anstoß des Fahrzeuges an einem Unterschenkel erlitten, aufgezeigt. Weiterhin wurde aus der Fülle der durch diese Untersuchungsmethode zugänglichen Zusammenhangsfragen wegen ihrer Beziehung zur täglichen Rechtsprechung noch eine weitere beispielhaft herangezogen: Aus dem Nachweis des Blutalkoholgehaltes tödlich Verunglückter lassen sich wichtige Folgerungen für die Beurteilung der Alkoholwirkung als eines kausalen Fehlleistungsmomentes ziehen. Verf. fand bei 500 Verkehrstoten in 352 Fällen (70,4%) Blutalkoholbestimmungen. Wesentliche Blutalkoholkonzentrationen (ab 0,5‰) lagen vor bei 40,9% der Fußgänger, 36,7% der Radfahrer, 50,0‰ der Kraft- und Soziefahrer, 42,9% der Pkw-Fahrer und Insassen, 66,6% der sonstigen Verkehrsteilnehmer. Aus dem Gesamtmaterial ergibt sich, daß die systematische Erfassung alkoholbeeinflusster Kollisionspartner bei tödlichen Straßenverkehrsunfällen noch unzureichend betrieben wird und andererseits die Bedeutung des betrunkenen Fußgängers abstrakt und in der konkreten Unfallursachenforschung nicht zu gering eingeschätzt werden sollte. Die Vorzüge des Systems stehen in einer ausgedehnten, der menschlichen Hirnleistung überlegenen Gedächtnisspeicherung und in einer stets reproduzierbaren, ebenso differentiellen wie schnellen Zusammenhangs- und Rekonstruktionsanalyse.

E. BÖHM (Heidelberg)

H. Tscherne: Der Straßenunfall. [Chir. Univ.-Klin., Graz.] Wien. med. Wschr. 116, 105—108 (1966).

Übersicht.

G. Bente: Altersabbau und Verkehrsunfall mit tödlichem Ausgang. Verkehrsmedizin 12, 385—388 (1965).

Es handelt sich um einen kasuistischen Beitrag zur Beurteilung der Fahrtauglichkeit eines 71 Jahre alten Glasbläsermeisters, der ein 3jähriges Kind getötet und mehrere Kinder verletzt hatte. Der Fall zeigt die Bedeutung der Fahrfertigkeit, aber auch die Auswirkungen des Altersabbaus im Sinne einer Erstarrung (Fahrtauglichkeit) und bestätigt die erhobene Forderung, auch bei älteren Personen, welche die Fahrprüfung schon vor vielen Jahren gemacht haben, eine Nachuntersuchung vorzunehmen, sobald dieselben nach einer längeren Fahrpause sich wieder als Kraftfahrer im Straßenverkehr betätigen wollen.

F. PETERSOHN (Mainz)

D. Broschmann: Der Einäugige im Straßenverkehr. [Abt. Augenkrankh., Ztr.-Inst. f. Verkehrsmed., Berlin.] Verkehrsmedizin 12, 571—576 (1965).

Die Einäugigkeit wird in eine absolute, praktische und funktionelle Einäugigkeit unterteilt und herausgestellt, daß gegenüber dem Beidäugigen eine Einschränkung des Sehfeldes in der Horizontalen, eine Erniedrigung der Dunkeladaptationsschwelle, eine Erhöhung der Blendempfindlichkeit, eine Verlängerung der Wahrnehmungsgeschwindigkeit bei herabgesetzter Beleuchtung sowie eine Störung der räumlichen Sehfähigkeit gegeben sei. Nach einer Gewöhnungszeit von einem Jahr könne man bei bestimmten Auflagen (zusätzliche Rückspiegel und Tragen einer Schutzbrille) bei voller Funktionstüchtigkeit des verbliebenen Auges für Privatfahrzeuge die Fahrerlaubnis erteilen. Auf die Notwendigkeit einer Aufklärung des Fahrers über die Auswirkung seiner Einäugigkeit wird besonders hingewiesen.

F. PETERSOHN (Mainz)

G. Koschlig: Zum Stand: Epilepsie und Kraftfahrzeugtauglichkeit. Verkehrsmedizin 12, 413—446 (1965).

Es handelt sich um eine Übersichtsarbeit mit experimentellen Untersuchungen. Die Arbeit demonstriert die allgemeine Problematik der Beurteilung des Anfallskranken im Straßenverkehr, wobei auch hier auf die Dunkelziffer hingewiesen wird. Es ergibt sich aus der Zusammenstellung, daß etwa ein Drittel der untersuchten und begutachteten Epileptiker, welche als Kraftfahrer am Verkehr teilnehmen, einen Unfall verursacht hatten, der auf ein epileptisches Äquivalent oder sogar auf einen Anfall zurückzuführen ist. Bemerkenswerterweise wurde eine Korrelation zwischen einem bestimmten Alter und der Anfallshäufigkeit nicht gefunden. (Unterschied zu anderen Arbeiten auf diesem Gebiet. Anmerkung des Verf.) Es zeigte sich aber ein deutlicher Zusammenhang zwischen Alkohol und Unfallsneigung, wobei selbst der Alkoholkonsum 2 Tage vor dem Unfallgeschehen, offenbar als provozierendes Moment, in Betracht gezogen werden muß. Das Bekanntwerden der Anfallskranken geschieht nicht durch Anzeige der behandelnden Ärzte, sondern durch die Ergebnisse der Musterung, durch Invaliditätsuntersuchung und durch sorgfältige Rekonstruktion des Unfallherganges. Am Schluß der Arbeit ist eine experimentelle Untersuchung mit einer Bilderreihe angeschlossen, die recht demonstrativ die Anforderungen im Straßenverkehr widerspiegelt.

F. PETERSOHN (Mainz)

Hanspeter Hartmann: Der Herz- und Kreislaufkranke im Verkehr. [Gerichtl.-med. Inst., Univ., Zürich.] Helv. med. Acta 32, 135—154 (1965).

Die Akten von 600 kreislaufkranken Fahrzeugführern, Untersuchungen im Auftrag des Straßenverkehrsamtes Zürich, wurden ausgewertet. Die Fälle werden einer kasuistischen Analyse unter folgenden diagnostischen Gesichtspunkten unterzogen: Herzklappenfehler und Herzmißbildungen, Angina pectoris und Infarkt, Rhythmusstörungen, Gefäßkrankheiten. Herztod am Volant: 18 Fälle, 12 ohne, 6 mit Unfall. Häufig Herztod auf dem Fahrrad: 12 Fälle. Die Beurteilung der Fahrtauglichkeit habe nicht nur das aktuelle Krankheitsbild, sondern die Gesamtpersönlichkeit zu berücksichtigen. Anhang: 12 Einzelfälle, ausführlicher, als Beurteilungsbeispiele.

H. KLEIN (Heidelberg)

H. Franke: Verkehrsgefährdung bei internen Krankheiten. [Med. Poloklin., Univ., Würzburg.] Dtsch. med. Wschr. 90, 981—987 (1965).

Weil für die Verkehrsbeamten bei der Unfallaufnahme und Ausfüllung des statistischen Meldebogens unfallverursachende Krankheiten sehr oft gar nicht erkennbar sind, muß der vom

statistischen Bundesamt für 1964 angegebene Prozentsatz von 0,2% für Unfälle infolge körperlicher oder geistiger Leiden angezweifelt werden. Die Schätzung von 3—5% ursächlicher Beteiligung von Krankheiten an der Ursachenkette der Verkehrsunfälle dürfte etwa der Wirklichkeit entsprechen. — Gefährdet sind kardiovaskuläre Krankheiten. Ein absolutes Fahrverbot gilt für den frischen und bis 6 Monate überstandenen Herzinfarkt, Reizbildungs- und Reizleitungsstörungen, Herzaneurysma, Adams-Stokesschen Anfälle. Das Carotis-Sinus-Syndrom, Kammertachykardie, Herzklappenfehler mit Neigung zu kardiovaskulärer Dekompensation, darunter besonders auch die Aortenstenose verbieten ebenso wie die Komplikationen der Hypertonie (cerebrale Durchblutungsstörung, retinal bedingte Sehbehinderung, stärkere Herz- und Nierenfunktionsausfälle) die aktive Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr. Unter den Diabetikern sind besonders die Jugendlichen mit labilem und verwildertem Kohlenhydratstoffwechsel, Zuckerkranken mit über 40 E Insulin und die Langzeit-Diabetiker, letztere durch die Komplikationen (Retinopathia diabetica, diabetische Angiopathie, Glomerulosklerose, Neuritis, chronische Infekte) gefährdet. Lebercirrhotiker müssen stärkere Eiweißzufuhr vermeiden. Schließlich ist vor Schlafmitteln und Tranquilizern zu warnen. GÖGLER (Heidelberg)^{oo}

Hermann Stutte: Das Blutzuckermangel-Syndrom in seiner forensischen Bedeutung. Mschr. Krim. Strafrechtsref. 48, 67—88 (1965).

Das Blutzuckermangelsyndrom wird in dieser einschlägigen Arbeit an Hand von eindrucksvollen Fällen eingehend in seiner forensischen Bedeutung besprochen. Die altbekannte Tatsache, daß Blutzuckermangelzustände psychisch abnormes Verhalten hervorrufen können, fand erstaunlicherweise nur eine relativ geringe Beachtung in der forensischen Psychiatrie. Nach internistischer Ansicht leiden 10—15% der Durchschnittsbevölkerung an Blutzuckermangelzuständen. Allerdings wird nur ein Teil davon psychisch auffällig, und nur wenige werden dabei straffällig. Wegen des episodischen Charakters der Störungen, die den Probanden mitunter nicht einmal selbst bewußt werden, werden sogar hypoglykämische Dämmerzustände verkannt, oder die Betroffenen geraten sogar in den Verdacht der Simulation. Es gelingt aber durch Spezialuntersuchungen des Glucosestoffwechsels auch nachträglich, die Wahrscheinlichkeit eines Blutzuckermangelsyndroms zu erhellen. Schließlich kann eine ärztliche Behandlung in der Mehrzahl der Fälle eine (kriminal-)präventive Wirkung haben. In der forensischen Begutachtungspraxis müssen aber auch weitere ursächlich mitwirkende kriminogene Faktoren nicht außer acht gelassen und die gesamte psychopathologische Situation nicht vernachlässigt werden. Zu forensischen Verwicklungen führen Blutzuckermangelsyndrome, wenn sie durch allgemeine Enthemmung eine Steigerung einzelner Triebfunktionen, Störungen des Antriebsverhaltens, der Affektlage, Veränderungen der Bewußtseinslage oder der Wahrnehmungstätigkeit erlauben. Der Verdacht auf hypoglykämische Bedingtheit der psychischen Auffälligkeiten ist vor allem dann gegeben, wenn sie episodischen Charakter haben, an Phasen physiologischen Blutzuckertiefstands oder an vorausgegangene schwere körperliche Arbeit gebunden, von vegetativen Erscheinungen begleitet sind und nach Kohlenstoffhydratzufuhr jeweils wieder verschwinden, oder (und) die Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels sich durch Bestimmung des Blutzuckernüchternwertes und Blutzuckerbelastungstests blutchemisch objektivieren läßt. Wichtig ist, daß bei ungeklärten Fällen an diese Möglichkeit gedacht wird, ohne ihre Kausalität jedoch zu überschätzen, denn manch ein Diabetiker versucht in seiner Krankheit einen Exkulpierungsgrund zu suchen, ähnlich dem chronischen Alkoholiker, der all seine Straftaten im Zustand der alkoholbedingten Unzurechnungsfähigkeit begangen haben will, auch wenn sie nur oder überwiegend persönlichkeitsgebunden erscheinen. R. HARTMANN (Homburg/Saar)^{oo}

Fritz Zirner: Die Bedeutung der Arzneimittelbehandlung von Schädelhirnverletzten für die Verkehrssicherheit. Arbeitstagung der Sektion „Arzneimittel und Verkehr“ der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e. V. Dtsch. med. J. 16, 547—552 (1965).

Es handelt sich um einen Bericht über die Arbeitstagung der Sektion „Arzneimittel und Verkehr“ der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e. V. vom 27. und 28. 3. 65 in Bad Oeynhaus. — Aus den verschiedenen Vorträgen ergibt sich die recht drängende Problematik der Beurteilung des Anfallskranken auf der einen Seite, aber auch die Auswirkung einer gegebenenfalls notwendigen medikamentösen Behandlung auf der anderen Seite. Die einzelnen Referenten: SOHRING, PORTIUS, HEINRICH, SCHMIDT, FÜNFELD, DEGWITZ, PETERSOHN, DOENICKE, POST und SCHENNETTEN haben die verschiedenen Fragestellungen aus ihrer fachlichen Sicht erörtert

und diskutiert. So ergibt sich ganz allgemein eine erhebliche Gefahr, die auch bei den sog. durch Medikamente „kompensierten“ Hirnverletzten im Straßenverkehr vorhanden ist. Auf die außerordentlich große Schwierigkeit der Bewältigung der Aufgabenstellung des Arztes, der sowohl dem Bemühen gerecht werden muß, den Hirnverletzten zu rehabilitieren als auch die Sicherheit der Verkehrsteilnehmer zu wahren, wird von fast allen Referenten hingewiesen.

F. PETERSOHN (Mainz)

A. Arbab-Zadeh: Der innere Tatbestand des Unfallfluchtdelikttes aus ärztlich-sachverständiger Sicht. [Inst. f. gerichtl. Med., Med. Akad., Düsseldorf.] Neue jur. Wschr. 18, 1049—1053 (1965).

Die vielfachen Bezugnahmen in diesem („sich auf strafrechtlich-dogmatische, psychiatrisch-psychologische sowie soziologische Aspekte erstreckende Studie“) ursprünglich wohl als Vortrag entworfenen Bericht sind kaum zusammenfaßbar und würden verkürzt zu Mißverständnissen führen; so heißt es im Anschluß an die Erörterung des § 142 STGB („dieser eigentlich wider-natürlichen Vorschrift“): „Denn der Gesetzgeber, der die Selbstbegünstigung im allgemeinen nicht unter Strafe gestellt hat, wußte genau, daß diese zu den Ureigenschaften des primitiven Menschen gehört und vielleicht eine der Säulen der Darwinschen Lehre ‚Kampf ums Dasein‘ darstellt“; oder: „Unter Zugrundelegung dieser Feststellungen und unter Berücksichtigung der Tatsache, daß infolge der Fahrzeug- und Lärmfülle der Straßen und der zivilisationsbedingten Hetze des heutigen Alltags die meisten Kraftfahrer von einer Art Neurose — meist in latenter Form — sehr getroffen sind, kann im allgemeinen schon von einer ‚Volkssuiche‘ gesprochen werden“. Der Sachverständige wird es nicht leicht haben, wenn die Verteidigung sich auf die hier vorgetragenen Ansichten bezieht: „Da die Neurose zweifelsohne die optimale Voraussetzung für die Entstehung eines psychisch-physischen Ausnahmezustandes bildet und die meisten Menschen der zivilisierten Welt infolge des wirtschaftlichen Aufschwunges und des materialistischen Lebens unter starker psychischer Belastung unterschiedlicher Art leiden, kann im Zusammenhang mit der Unfallflucht gesagt werden, daß fast jeder am Anfall Beteiligte sich nach dem Verkehrsunfall mehr oder weniger in einem psychisch-physischen Ausnahmezustand befindet.“ Eine kritische Prüfung nach eingehender Kenntnis des Originals dürfte notwendig sein. H. KLEIN (Heidelberg)

E. Kunkel: Die Reaktionsleistungen bei Tatauffälligen. (Erfahrungen mit dem Kölner Reaktions-Belastungsgerät.) [Med.-Psychol. Inst. d. Techn. Überwach.-Verein Rheinland e. V., Mainz.] Zbl. Verkehrs-Med. 11, 32—37 (1965).

Der Ausgangspunkt der Untersuchungen war einer Beobachtung von Hoyos [Psychol. u. Praxis 2, 49—53 (1961)]: Zwischen Unfällen und Verstößen bestehe nur ein geringer Zusammenhang, Erfahrungsmangel und abnehmende Reaktionsschnelligkeit begünstige Unfälle, Verstöße seien häufiger bei erfahrenen und funktionstüchtigen Kraftfahrern. Überprüfung mit dem sog. Kölner Reaktions-Belastungsgerät an 134 Probanden. Die Reaktionsleistungen der Tatauffälligen mit Unfällen sind schlechter als die der Gruppe mit Unfällen und Verstößen. Statistische und psychologisch-kritische Analyse des Ergebnisses.

H. KLEIN (Heidelberg)

Ch. Sapranoff: Über die Bedeutung angeborener Farbensinnstörungen für den Straßenverkehr. [Inst. Transportmed., Ministerium f. Verkehrsw., Sofia.] Verkehrsmedizin 12, 567—570 (1965).

Verf. berichtet über Untersuchungen einer Kontrollgruppe aus einem Kollektiv von 500 Männern. Dabei ergab sich, daß in einer Entfernung von 200 m eine Fehlerquote von 3,8% und bei 100 m Entfernung eine solche von 2% bei dem Erkennen farbiger Signale vorhanden ist. Trotz Farbschwächen wird daraus auf eine Fahreignung geschlossen und die Erteilung der Fahrerlaubnis auch für Farbuntüchtige befürwortet.

F. PETERSOHN (Mainz)

StVG § 4; VwGO § 86 (Entziehung der Fahrerlaubnis nach Unfällen durch Schwächeanfälle). a) Verursacht ein Kraftfahrer infolge von Schwächeanfällen, deren Ursachen sich nicht aufklären lassen, Verkehrsunfälle, so handelt die Behörde nicht rechtswidrig, wenn sie dem Kraftfahrer die Fahrerlaubnis entzieht. b) Zur Anwendung der Grundsätze über den Beweis des ersten Anscheins. [BVerwG, Urt. v. 29. 1. 1965—BVerwG VII C 147/63 (Hamburg).] Neue jur. Wschr. 18, 1098—1099 (1965).

Nach zwei medizinisch nicht aufklärbaren Schwächezuständen mit Unfall wird hervorgehoben, Bewußtseinsstörungen, deren Ursachen sich nicht aufdecken lassen, rechtfertigen die Annahme,

solche Vorfälle könnten auch künftig eintreten. Nach den Regeln über den Beweis des ersten Anscheins entfällt die Annahme nur dann, wenn feststeht, daß eine bestimmte Ursache den Unfall herbeigeführt hat und diese nicht wieder auftreten wird. Es genügt nicht die Möglichkeit, daß eine bestimmte Ursache den Unfall herbeigeführt haben könnte, sondern die Tatsache, aus denen diese Möglichkeit abgeleitet wurde, sind nachzuweisen. H. KLEIN (Heidelberg)

G. Vesper: Über die Qualität der Tiefenschärfe beim Sehen in die Ferne unter den Bedingungen des Fahrdienstes der Eisenbahn. [Univ.-Augenklin., Leipzig.] Verkehrsmedizin 12, 515—524 (1965).

K. Yamasawa: Two cases of traffic accident. (Über 2 Verkehrsunfälle.) [Dept. of Leg. Med., Tokyo Univ., Tokyo.] Acta Crim. Med. leg. jap. 31, 35—36 (1965).

Bericht über den Tod einer jungen Frau und eines Kindes, beide überfahren; bemerkenswert — wohl deshalb berichtet — die unwiderlegbar erscheinende Behauptung der Fahrer und Zeugen, keinen Unfall beobachtet zu haben. Nachweis des Unfalls ausschließlich aus Wund- und Verletzungsformen unter Berücksichtigung der Fahrzeuge. H. KLEIN (Heidelberg)

W. Reidelbach: Der Sicherheitsgurt, eine Zwischenbilanz. Zbl. Verkehrs-Med. 11, 145—149 (1965).

Es handelt sich um eine Zusammenstellung der Erfahrungen über die Auswirkungen der Benutzung des Sicherheitsgurtes. Verf. weist darauf hin, daß die Grunderfahrungen in der Flug- und Raumfahrt-Medizin gemacht worden sind und vor allem, was die Toleranz des menschlichen Organismus anbelangt, diese maßgebend für die Entwicklung des „optimalen Sicherheitsgurtes“ für den Autofahrer seien. F. PETERSOHN (Mainz)

J. W. McRoberts: Seat belt injuries and legal aspects. (Verletzungen durch Sicherheitsgurte und deren rechtliche Gesichtspunkte.) [Sheboygan Clin., Sheboygan/Wis.] Industr. Med. Surg. 34, 866—869 (1965).

Verf. berichtet über die Auswirkung des Sicherheitsgurtes auf Grund der statistischen Angaben in den Vereinigten Staaten. Seit 1962 besteht in 20 Staaten die Pflicht, an beiden Vordersitzen Sicherheitsgurten montiert zu tragen. Auf Grund der Erfahrungen wird zum Ausdruck gebracht, daß nicht nur eine sog. Bauchgurte zu verwenden sei, sondern eine Becken-Schultergurte zu benutzen ist, womit Verletzungen der Milz und zusätzliche Schäden im Gesicht durch Aufprall des Kopfes vermieden werden können. F. PETERSOHN (Mainz)

A. M. Wolkow, T. L. Sosnowa, O. D. Kusnezow und N. S. Skaballanowitsch: Neue Beiträge zur hygienischen Normierung des Geräusches und der Vibrationen des rollenden Materials. [Zentr. Wiss. Forsch.-Labor. f. Hyg. u. Epidemiol., Physiol. Labor., Minist. f. Verkehrswesen d. UdSSR, Moskau.] Verkehrsmedizin 12, 613—630 (1965).

W. Lorenz und H. G. Demus: Lärmprobleme beim Hubschrauberkrankentransport. [HNO-Klin., Univ., Halle-Wittenberg.] Verkehrsmedizin 12, 525—532 (1965).

N. E. Halaby: Civilian uses of aerospace by the federal aviation agency (FAA). [Federal Aviat. Agency, Washington, D. C.] Ann. N. Y. Acad. Sci. 134, 5—10 (1965).

DeMarquis D. Wyatt: Civilian uses of aerospace by national aeronautics and space administration (NASA). [Nat. Aeronaut. and Space Administr., Washington, D. C.] Ann. N. Y. Acad. Sci. 134, 11—23 (1965).

H. Schwalb und J. Eberl: Kreislaufuntersuchungen bei Jetfliegern. [Inst. f. Prophylaxe der Kreisl.-Krankh., Univ., München.] Wehrmedizin 4, 15—24 (1966).

H. W. Kirchhoff: Koronarsklerose, Koronarinfarkt und Flugsicherheit. [Flugmed. Inst. d. Luftwaffe, Fürstenfeldbruck.] Zbl. Verkehrs-Med. 11, 72—76 (1965).

Beschreibung eines Falles mit (überlebtem) Herzinfarkt des Flugzeugführers während einer sportlichen Flugveranstaltung. Hinweis auf die Zunahme fortgeschrittener Coronarsklerosen als

Nebenbefund bei der Sektion von Männern zwischen 20 und 40 Jahren. Literaturübersicht mit besonderer Bezugnahme auf die Arbeiten von GLANTZ und STEMBRIDGE [J. aviat. Med. 30, 75 (1959)] und FISCHER (Münch. med. Wschr. 1962, 325) über den Coronartod als Ursache von Flugzeugunfällen. Diskussion einiger Verfahren, die sich als „Vorfeldmethoden“ bzw. Präventivmaßnahmen zur Diagnose und Bekämpfung der Frühsklerose bei Flugzeugführern eignen, in Anlehnung an HOFFMANN (Münch. med. Wschr. 1963, 1785 u. 1790). BERG (Göttingen)

F. A. Schiechel: Das Pendel- oder Schleudertrauma. Zbl. Verkehrs-Med. 11, 13—18 (1965).

Das Schleudertrauma ist ein Syndrom mit 3 Schweregraden: I = leicht: Wirbeldistorsion mit reaktiven Muskelverspannungen, II = mittelschwer: Wirbelbrüche bei über 24 G Einwirkungen, III = schwer: Mit konsekutiven Hirnnekrosen. Es wird über Unfall, Analyse der Ursachen und Verletzungen nach einer harten Landung einer H 34 (mittelschwerer Hubschrauber vom Typ Sikrskoy) berichtet: Die Sitzposition der 14 Insassen war bekannt, die Verletzungen konnten unter Berücksichtigung der Schleuderwirkung auf Grund der Absturzrichtung und Beschädigungen geklärt werden. H. KLEIN (Heidelberg)

Unerwarteter Tod aus natürlicher Ursache

● **Handbuch der Neurochirurgie.** Hrsg. von H. Olivecrona und W. Tönnis. Bd. 4, Teil 2: Klinik und Behandlung der raumbeengenden intrakraniellen Prozesse. II. Bearb. von H. Lange-Cosack, G. Norlén, W. Tönnis, W. Walter. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1966. VII, 399 S. u. 265 Abb. Geb. DM 240.—; Subskriptionspreis DM 192.—.

W. Tönnis und W. Walter: Die Behandlung der sackförmigen intrakraniellen Aneurysmen. S. 212—363.

Einen umfassenden Beitrag — wie den vorliegenden — kann man nur von Autoren erwarten, die selbst jahrzehntlang Erfahrung mit der Behandlung der sackförmigen intrakraniellen Aneurysmen haben und führend an der Entwicklung der verschiedenen Operationsmethoden beteiligt waren. — Neben allgemeinen Fragen wie: Häufigkeit, Alters- und Geschlechtsverteilung, Lokalisation und Prognose sowie die Frage der spontanen Heilung von sackförmigen Aneurysmen liegt das Hauptgewicht selbstverständlich auf der neurochirurgischen Behandlung, wobei sowohl die diagnostischen Maßnahmen als auch die Erfolgsaussichten bei den verschiedensten Operationsmethoden (Carotisligatur am Halse) bis zur Ausschaltung des Aneurysmasacks usw. besprochen werden. — Konservative und operative Behandlung werden gegenübergestellt. Die Erfolgsaussichten der Operation bei verschiedenem Sitz der Aneurysmen werden ausführlich dargestellt. — Für den Gutachter ist es wichtig, Zahlen über Erfolgsaussichten der einzelnen Operationsmethoden und Zahlen über die katamnestiche Überprüfung von operierten Patienten zu finden. — Unter 160 katamnestiche verfolgten Fällen der Verff. waren z. B. 80% arbeitsfähig, 12,6% beschränkt arbeitsfähig und 7,5% arbeitsunfähig (wünscht man Einzelheiten, muß man Tabellen und Text studieren). — 175 Abbildungen, in der Mehrzahl Angiogramme in bekannt klassischer Ausführung, vervollständigen den Wert des Beitrags. 18 Seiten Literatur. KRAULAND (Berlin)

H.-J. Knieriem und S. Effert: Morphologische Befunde beim kompletten Herzblock. [Path. Inst. u. I. Med. Klin., Univ., Düsseldorf.] Klin. Wschr. 44, 349—360 (1966). Übersicht.

Kichihei Yamasawa and Takeshi Mazda: One rare case of aortic stenosis. (Ein seltener Fall von Aortenstenose.) [Dept. of Leg. Med., Fac. of Med., Univ. of Tokyo, Tokyo.] Jap. J. leg. Med. 19, 440—446 (1965).

Ein 22jähriger Arbeiter wurde irrtümlich mißhandelt und stürzte nach 300 m Fluchtweg zusammen. Er starb vor Eintreffen des Rettungsautos und wurde, weil Totschlagsverdacht bestand, 12 Std später gerichtlich obduziert. An Kopf und Gesicht fanden sich zwar zahlreiche Hautverletzungen, der Schädelinhalt war aber unbeschädigt. Auch im übrigen bot der Organ-