

die dem Streifenabstand des Textilgewebes der Kleidung entsprechen. Es ist auf diese Weise möglich, irgendein Textilgewebe auszuschließen, ebenso eine etwaige Einrede, der Betreffende habe etwa ein Reh angefahren.

B. MUELLER (Heidelberg)

Versicherungs- und Arbeitsmedizin

Eike von Hippel: Gefahrerhöhung und Versicherungsschutz in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung. Neue jur. Wschr. 19, 129—134 (1966).

Regelmäßig haftet der Versicherer dann nicht, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeiführt. Dieser allgemeine Grundsatz, der auch für die Kraftfahrzeug-Kaskoversicherung gilt, ist für die Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung dahin abgewandelt, daß hier die Haftung des Versicherers nur bei vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalles durch den Versicherungsnehmer entfällt; Versicherungsschutz würde sonach auch bei größter Fahrlässigkeit bestehen. In einer sehr umfänglichen Rechtsprechung ist jedoch für zahlreiche typische Fälle eine „Gefahrerhöhung“ angenommen und über diese hinweg der Versicherungsschutz ausgeschlossen worden, so bei Verwendung eines nicht verkehrssicheren Fahrzeuges (abgefahrene Reifen, schadhafte Bremsen, defekte Anhängerverbindung), bei häufiger oder ständiger sachwidriger Nutzung des Fahrzeuges (z. B. Überladung), bei genereller Unzuverlässigkeit des Fahrers (Neigung zu Trunkenheitsfahrten, Hang zu vorsätzlicher Mißachtung von Verkehrsvorschriften, ständiges Fahren im Zustand der Übermüdung, systematische Überforderung des angestellten Fahrers). Zu einigen dieser Punkte ist die Rechtsprechung fast unübersehbar geworden. Verf. billigt für einen Teil der Fälle das Ergebnis, hat aber rechtliche Bedenken an der Konstruktion des Haftungsausschlusses. Er versucht deshalb eine Lösung, die bei einem nur vorübergehenden Versagen dem Versicherten seine Ansprüche erhalten, bei vorsätzlicher Schaffung einer Zusatzgefahr ihm diese völlig nehmen soll; insoweit würde sich gegenüber dem gegenwärtigen Zustand nichts ändern. Hingegen will Verf. bei nur fahrlässiger Schaffung der Zusatzgefahr, mag sie dauernd oder einmalig (Trunkenheit!) sein, dem Versicherten seine Ansprüche nicht voll entziehen, sondern nur soweit kürzen, als dies im Hinblick auf die Art der verletzten Norm, die Schwere des Verstoßes und den Grad des Verschuldens angemessen erscheint. Er hält es für angängig, diese Grundsätze unter dem geltenden Recht durch die Rechtsprechung zu entwickeln.

HÄNDEL (Waldshut)

G. König: Sozialmedizin, Begriff und Aufgabe. Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg. 1, 24—30 (1966).

Martin M. Gleisner: Erfahrungen aus der Altersfürsorge in den USA. Med. Sachverständige 62, 16—20 (1966).

Theo Deglmann: Beeinflussung des Gutachtens durch das Lebensalter des Gutachters. Med. Sachverständige 62, 32—35 (1966).

Karl Boverter: Preußische Instruktionen für Berg- und Bergwundärzte (Knappschaftsärzte) aus Anlaß der Bestellung des Jobsiadendichters Dr. med. C. A. Kortum zum Bergarzt der Märkischen Knappschaft 1792. Med. Welt 1966, 672—678.

Peter Kleppe: Verkehrssicherungspflicht auch für Skipisten? Neue jur. Wschr. 19, 237—239 (1966).

Kurt Klink: Zur Verschlimmerung anerkannter Gesundheitsstörungen durch fortschreitendes Lebensalter. Med. Sachverständige 62, 35—42 (1966).

H. W. Ziesche: Osteomyelitis und Unfall. [Chir. Klin., Kreiskrankenh., Bautzen.] Mschr. Unfallheilk. 68, 414—423 (1965).

Bei der Zusammenhangsfrage — Trauma als Ursache einer akuten hämatogenen Osteomyelitis — muß Ausmaß und Ort des Traumas sowie zeitliche Folge Osteomyelitis berücksichtigt werden. Eine positive Blutkultur ist jedoch zur Infektionserklärung nicht erforderlich. Die Reaktion des EES auf humorale und immunisatorische Faktoren, Veränderungen der Blut- und Gewebsschranken und funktionelle Abläufe im autonomen und zentralen Nervensystem können eine hämatogene Aussaat begünstigen. An einem 60jähr. Kaufmann, der bereits vor

dem Unfall 6 Jahre hindurch in ambulanter Kontrolle stand, konnte ein lückenloser Verlauf vom Trauma bis zu einer unfallbedingten schweren Allgemeininfektion mit Wirbel- und Lungenmetastasen infolge einer akuten hämatogenen Osteomyelitis nachgewiesen werden. Der Pat. stürzte auf der Kellerstiege und zog sich eine Schulter- und Kreuzprellung zu; 10 Tage nach dem Unfall wurde der Patient mit einem schweren septischen Zustandsbild stationär aufgenommen: Schulterröntgen negativ, Röntgen der LWS; Osteochondrosis deformans erheblichen Grades. 18 Tage nach dem Unfall wurde ein eingeschmolzenes Infiltrat an der Schulter incidiert: *Staphylococcus aureus haemolyticus*. Rund 2 Wochen später wurde ein Pleuraerguß punktiert, dessen Kultur steril blieb. Röntgenkontrollen 3 Monate nach dem Unfall zeigten eine Verschmälerung der Bandscheibe zwischen dem 10. und 11. Brustwirbel und zwischen dem 4. und 5. BW. Besonderes Augenmerk ist hierbei auf Veränderungen im Schlußplattenbereich zu richten, da sich die Erreger am liebsten subchondral im Bereich der Wirbelkörper-Abschlußplatten, als dem Ort der stärksten Vascularisation ansiedeln. Differentialdiagnostisch wurden Rheumatismus, Bronchopneumonie, paranephritischer Absceß, Hypernephrom und Ischias erwogen. Früher als nach 3 Wochen ist eine hämatogene Osteomyelitis röntgenologisch im allgemeinen nicht erkennbar. Auch bei der Zusammenhangsbejahung bleiben noch wissenschaftliche Rätsel, deren Lösung jedoch nicht der Auseinandersetzung mit den Richtern, sondern der wissenschaftlichen Forschung überlassen bleiben sollte.

HANS ERICH DIEMATH (Graz)^{oo}

R. Wille: Der „Tod in der Badewanne“ als versicherungsmedizinisches Problem. [Inst. f. gerichtl. u. soz. Med., Univ., Kiel.] An den Grenzen von Medizin und Recht. Festschrift z. 65. Geburtstag von Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. WILHELM HALLERMANN 1966, 229—238.

Verf. bringt 9 instruktive einschlägige Fälle und kommt im Grunde zu dem Ergebnis, daß der Tod in der Badewanne medizinisch gesehen ein Sonderfall des sog. Badetodes sei, unter dem ein indirektes Ertrinken bei freiwilligem Aufenthalt im Wasser verstanden wird. Es wird ein Be-gutachtungsfall zitiert, bei welchem ein OLG davon ausgegangen war, daß ein Einschlafen infolge Übermüdung in der Badewanne und ein dadurch herbeigeführter Tod einer Bewußtseinstörung im Sinne der AUB nicht gleichzusetzen sei. Wenn jedoch die Müdigkeit durch vorangegangene Einnahme von Schlafmitteln (hier 5 Revonal-Tabletten) verstärkt wird, so liege eine Bewußtseinstörung vor. Verf. wendet sich gegen die Entscheidung und schlägt eine Revision des Begriffs der Bewußtseinstörung anläßlich der bevorstehenden Änderung der AUB vor, und zwar im Sinne einer Milderung.

B. MUELLER (Heidelberg)

H. J. Lucke: Berufskrankheiten und ihre Therapie. Therapiewoche 16, 216—219 (1966).

Fritz Schwarz: Die gewerblichen Vergiftungen als didaktisches Problem. [Gerichtl.-Med. Inst., Univ., Zürich.] [50. Jahresvers., Schweiz. Ges. f. Unfallmed. u. Berufskrankh., Lausanne 1964.] Z. Unfallmed. Berufskr. 57, 45—77 (1964).

Der Studienplan der Schweizer Hochschulen läßt es trotz wachsender Bedeutung gewerbetoxikologischer Probleme nicht zu, den Unterricht in Toxikologie einschließlich ihres gewerblichen Sektors im erforderlichen Umfang zu erweitern. In einer Straffung des Unterrichtes, insbesondere im Vermitteln „toxikologischer Vorstellungen“ schon während der ersten Studiensemester durch spezielle Vorlesungen über Chemie, Botanik, Biologie für Mediziner sieht Verf. einen Weg, den Ausbildungsstand zu verbessern. Der Studierende müsse lernen, durch eine spezielle Arbeitsanamnese und Untersuchung wenigstens zur Verdachtsdiagnose einer gewerblichen Vergiftung zu kommen. In Zürich, wo der gewerbetoxikologische Unterricht im Rahmen des Faches gerichtliche Medizin in vier knapp gehaltenen Spezialvorlesungen erfolgt, haben sich seit zwei Jahrzehnten Merkblätter der häufigsten gewerblichen Vergiftungen, welche die diagnostische Stellungnahme erleichtern, bewährt. Für die Zukunft sind Ausbildungskurse für gewerbetoxikologisch interessierte praktizierende Ärzte, der Ausbau sog. toxikologischer Sprechstunden und die Schaffung einer ständig besetzten toxikologischen Informationszentrale anzustreben.

E. WEINIG (Erlangen)

I. Ghezzi e M. Finulli: Indagine sulle cause di morte di 2862 silicotici. [Clin. Lav. „L. Devoto“, Univ., Milano.] Med. Lav. 56, 779—794 (1965).

O. Elmino: Comportamento degli elementi figurati del sangue e del midollo nel barotrauma. [Ist. Med. Lav., Univ., Napoli.] *Folia med.* (Napoli) 48, 783—787 (1965).

Gaspare Albano: Teoria del nucleo gassoso. Il gradiente di pressione nel controllo della decompressione subacquea. [Labor. Int. de Med. Subacquea, Palermo.] [2. Simp. Int. di Med. Subacquea, Ustica, 5.—7. IX. 1965.] *Folia med.* (Napoli) 48, 910—931 (1965).

O. Elmino e R. Pennarola: Ricerche di citochimica ematologica nella malattia barotraumatica. Comportamento dei lipidi, perossidasi, polisaccaridi, desossiribonucleine. [Ist. Med. d. Lav., Univ., Napoli.] *Folia med.* (Napoli) 48, 932—935 (1965).

I. Maljković: A case of occupational poisoning with lead carbonate and stearate. [Med. Ctr., Zadar.] *Arh. Hig. Rada* 15, 393—397 mit engl. Zus.fass. (1964) [Serbokroatisch].

E. Wende: Die Bedeutung der Staatlichen Gewerbeärzte in der Arbeitsmedizin. *Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg.* 1, 18—21 (1966).

H. Symanski: Die Bedeutung der Arbeitspathologie im Rahmen der Arbeitsmedizin. [Inst. f. Arbeitsmed., Univ. d. Saarlandes, Saarbrücken.] *Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg.* 1, 11—15 (1966).

K. Oppikofer: Einige Arbeits- und Beschäftigungsprobleme des alternden Menschen in der Schweiz. [Zürcher. Eingliederungsst. f. Behinderte „Appisberg“, Männedorf.] *Med. Sachverständige* 62, 7—11 (1966).

W. Klosterkötter: Die Stellung der Arbeitshygiene im Rahmen der Arbeitsmedizin. [Inst. f. Hyg. u. Arbeitsmed., Klinikum Essen d. Univ., Münster.] *Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg.* 1, 16—18 (1966).

G. Lehmann: Die Bedeutung der Arbeitsphysiologie im Rahmen der Arbeitsmedizin. [Max-Planck-Inst. f. Arbeitsphysiol., Dortmund.] *Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg.* 1, 10—11 (1966).

H. Valentin und G. Lehnert: Die Arbeitsmedizin in Lehre und Forschung. [Inst. f. Arbeits- u. Soz.-Med., Univ., Erlangen-Nürnberg.] *Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg.* 1, 5—9 (1966).

J. Bourret et J. Mehl: Les aspects médicaux du travail féminin dans l'industrie. [7. Journ. Nat. de Méd. du Travail, Lille, 16.—19. IX. 1964.] *Arch. Mal. prof.* 27, 1—41 (1966).

Eberhard Kunkel: Die Reaktionsleistungen bei Körperbehinderten. (Erfahrungen mit dem Kölner Reaktions-Belastungsgerät.) [Med. Psychol. Inst. u. Techn. Überwach-Dienst Rheinl. e. V., Mainz.] *Zbl. Verkehrs-Med.* 11, 79—87 (1965).

Körperbehinderte Probanden, bei denen entweder der linke Arm oder ein Bein partiell oder ganz gelähmt, bzw. amputiert war, zeigten am Reaktionsbelastungsgerät bessere Leistungen als Einäugige, Schwerhörige oder Gehörlose. Auch Kraftfahrer mit „negativer Verkehrsbewährung“ erzielten signifikant schlechtere Leistungen als die Probanden der Gruppe der Körperbehinderten.

G. АДЕБАHR (Frankfurt a. Main)

I. v. Hattingberg: Die Aufgaben der Rehabilitationsbehandlung in der Sozialmedizin. [Sanat. d. Landesversicherungsanst. Hannover, Bad Rothenfelde.] *Münch. med. Wschr.* 108, 426—430 (1966).

v. Manger-Koenig: Zur Begriffsbestimmung der „Sozialmedizin“, „Gesundheitsfürsorge“ usw. „Bremer Podiumsgespräch“. [Bund. Dtsch. Medizinalbeamten, Bremen, 1.—3. VI. 1965.] Öff. Gesundh.-Dienst 28, 47—64 (1966).

Ernst Heissmann: Betriebe helfen das Alter sichern. Med. Sachverständige 62, 11—15 (1966).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

● P. Berner: Das paranoische Syndrom. Klinisch-experimentelle Untersuchungen zum Problem der fixierten Wahnbildungen. (Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neurologie u. Psychiatrie. Hrsg. von M. MÜLLER, H. SPATZ u. P. VOGEL. H. 110.) Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1965. 181 S. u. 9 Abb. DM 48.—.

Der erste Teil der lesenswerten Arbeit enthält eine klar gegliederte Übersicht über die bisherigen Ergebnisse der Wahnforschung unter besonderer Berücksichtigung der Paranoia als „Spezialfall des Wahns“. Jeder an der Problematik des Wahns interessierte Leser wird dadurch der Mühe eines zeitraubenden und umfänglichen Literaturstudiums enthoben. — Seinen eigenen Untersuchungen hat der Autor die Krankengeschichten von 18 Jahrgängen der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik zugrunde gelegt. Von 723 zur Nachuntersuchung aufgeforderten Patienten erschienen jedoch nur 81, eine Zahl, die unsere eigenen Erfahrungen auf diesem Gebiet bestätigt. Der Autor, der die Fixierung in den Mittelpunkt seiner Überlegungen stellt, geht davon aus, daß ein unerschütterliches Festhalten jedweder psychischen Inhalte letztlich uneinfühlbar wird. Er sieht daher in der „Themenwahl“ etwas durchaus Variables, in der Fixierung aber eine Konstante. Die konventionellen diagnostischen Schemata der klassischen Psychiatrie außer Betracht lassend, wurden die vergleichenden Untersuchungen auf alle Syndrome ausgedehnt, die durch Fixierung an ein Thema gekennzeichnet waren, mithin also auf hypochondrische und anankastische Zustandsbilder. Bei den nachuntersuchten, „fixierten“ Fällen wurde entweder ein schizophrener Defekt, ein der Cycloidie zuzurechnender Verstimmungszustand oder ein organisches Rorschach-Syndrom festgestellt. Letzteres trat klinisch als „klebrige Weitschweifigkeit“ in Erscheinung. Nach dem Hocheschen Einteilungsprinzip wären diese drei Störungstypen als Achsensymptome, die jeweiligen Themen als Randsymptome aufzufassen. Was die Verlaufsformen betrifft, so ließen sie entsprechend den drei verschiedenen Typen der Achsensymptomatik gewisse Unterschiede erkennen. Völlige Korrekturen des in der Phase gebotenen Syndroms wurden erwartungsgemäß nur bei den cyclischen Verläufen beobachtet, während die chronischen Verstimmungszustände niemals ein gänzlich Abklingen der Symptomatik zeigten. Ähnlich wie die Schizophrenen zeichnen sich auch die „klebrig-weitschweifigen“ Patienten durch die Fähigkeit aus, ihr Wahnthema zu desaktualisieren, ohne daß es bei ihnen zur echten Korrektur kommt. Unentschieden bleibt vorerst die Frage, ob bei Vorliegen einer cerebralen Schädigung die Tendenz zum „Haften am Thema“ sich eines überwertigen Inhaltes bemächtigt, oder ob das Thema schon vorher bereit lag und die später einsetzende Hirnschädigung zur Fixierung führt.

PHILLIP (Berlin)

● Paul Matussek, Amrei Halbach und Ursula Troeger: Endogene Depression. Eine statistische Untersuchung unbehandelter Fälle. München u. Berlin: Urban & Schwarzenberg 1965. VII, 190 S. u. 23 Abb. DM 24.60.

Gegenstand der Untersuchung, welche sich auf die Auswertung von 442 Krankengeschichten stützt, sind die Korrelationen zwischen Manifestationstermin, Geschlecht, Lebensalter, Phasendauer und Symptombild, endogenen Depressiver. Die prozentuale Häufigkeitsverteilung wurde mit der Chi-Quadrat-Methode überprüft und die gewonnenen Signifikanzwerte in einem statistischen Anhang zusammengefaßt. Als Kernsymptome galten vitale Traurigkeit, Hemmungen, gestörte Vitalgefühle und depressive Schuldempfindungen. Manische Phasen — es fanden sich nur drei Fälle von Bipolarität — gehören nach den vorliegenden Untersuchungen ebenso wenig notwendig zur endogenen Depression wie die Mehrphasigkeit, 43% der eigenen Fälle zeigten einen einphasigen Verlauf. Die Autoren konnten nachweisen, daß statistisch signifikant Frauen nicht nur früher als Männer erkranken, sondern auch über einen größeren Zeitraum erkrankungsanfällig bleiben. Bei ihnen liegt der Gipfel der Ersterkrankung im dritten, bei den Männern da-