

läßlich ist die Verwendung zweier tadelloser typengleicher Studiomaschinen. Das praktische Vorgehen wird näher erläutert, unter Bezugnahme auf eine frühere Arbeit des Verf. im Taschenbuch für Kriminalisten XIII, S. 189ff. BSCHE (Berlin)

### Versicherungs- und Arbeitsmedizin

● **Handbuch der Kinderheilkunde.** Hrsg. von H. OPITZ und F. SCHMID. Bd. 3: Immunologie — Soziale Pädiatrie. Redig. von TH. HELLBRÜGGE und F. SCHMID. Bearb. von W. AUST, G. BIERMANN, H. BOEHNCKE u.a. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1966. XIV, 1276 S. u. 334 Abb. Geb. DM 360.—; Subskriptionspreis DM 288.—.

**Th. Hellbrügge: Jugendarbeitsschutz. S. 531—545.**

Hinweis auf Erkenntnisse der Statistik, auf das Jugendprogramm des Internationalen Arbeitsamtes und auf das deutsche Jugendarbeitsschutz-Gesetz. Ratschläge für die Durchführung der ärztlichen Pflichtuntersuchung, die in den letzten 12 Monaten vor Einstellung eines Jugendlichen und vor Ablauf des 1. Beschäftigungsjahres erfolgen müssen. Wiedergabe der Formblätter. B. MUELLER (Heidelberg)

**E. Tanner: Organisation und Bedeutung der Versicherungsmedizin in der Schweiz.** Lebensversicher.-Med. 19, 37—38 (1967).

Die Schweizer Lebensversicherungen (18 Direkt- und 7 Rückversicherungsgesellschaften) gehören zu den größten der Welt. Die interne Gestaltung der ärztlichen Beratertätigkeit weist nicht die Uniformität der nordamerikanischen auf, jedoch besteht ein Streben nach einer gewissen Standardisierung. Versicherungsärzte sind nur ausnahmsweise vollamtlich tätig, hierin wird jedoch kein wesentlicher Nachteil gesehen. In zwei Großgesellschaften sind Ärzte Mitglieder der Geschäftsführungen. Weltweiten Ruf haben die von der Schweizerischen Rückversicherungsgesellschaft herausgegebenen „Annals of Life Insurance Medicine“ erlangt, die das einzige internationale Publikationsorgan auf dem Gebiete der Lebensversicherungsmedizin darstellen. Bei den Ärzten haben die „Periodischen Mitteilungen der Schweizerischen Lebensversicherungsgesellschaften an die Schweizer Ärzte“, die halbjährlich erscheinen, viel Anklang gefunden. G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

**L. Supino: Organisation und Bedeutung der Versicherungsmedizin in Italien.** Lebensversicher.-Med. 19, 40—41 (1967).

Die „Consortio Italiano Rischi Tarati“ (CIRT) gibt seit 1927 regelmäßig statistische Erfahrungen, insbesondere Darstellungen zu den Risikofaktoren Tabellenmaterial und Empfehlungen für Ärzte heraus, die in der Privatversicherung nebenberuflich tätig sind. Man ist bestrebt, einen geeigneten Mitarbeiterstamm zu gewinnen, vornehmlich erfahrene Fachärzte, die mit den einschlägigen Risiken und Beurteilungsmaximen vertraut sind. Es wird eine verstärkte Einbeziehung der Versicherungsmedizin in den Ausbildungsplan der gerichtsmedizinischen Institute empfohlen. Leider erhalten die italienischen wissenschaftlichen Gesellschaften nur wenig Subventionen von den großen Versicherungsträgern; es besteht ein nicht befriedigtes Interesse an vermehrten wissenschaftlichen Arbeitskontakten. G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

**H. Reiter: Die Entschädigung des ärztlichen Sachverständigen in der Sozialgerichtsbarkeit.** [8. Fortbild.-Kurs f. Soz.-Med. Begutachtungsk. f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 21.—23. X. 1964.] Med. Sachverständige 61, 180—183 (1965).

**Helmut Kaupper: Der Gastarbeiter in der Sozialgesetzgebung.** Med. Sachverständige 63, 29—35 (1967).

**W. Wurster: Erfahrungen und Probleme mit den Gastarbeitern aus der Sicht der Krankenkassen.** Med. Sachverständige 63, 49—53 (1967).

Die Gastarbeiter kamen zu 41,9% aus Italien, zu 12,6% aus Spanien, zu 17,1% aus Griechenland, zu 0,3% aus der Türkei, zu 11,2% aus Jugoslawien, zu 0,8% aus Portugal und zu 6,5% aus anderen europäischen und außereuropäischen Ländern. Sie haben Anspruch auf ärztliche Versorgung durch die Krankenversicherung; sie waren über ihre Ansprüche im allgemeinen gut aufgeklärt (aufklärende Rundfunkvorträge), sie wurden vor Aufnahme der Arbeit meist durch die

Gesundheitsämter untersucht, Arbeitnehmer mit chronischen Krankheiten wurden ausgeschaltet; es gelang aber vielfach nicht, Bandscheibenschäden durch die röntgenologische Routineuntersuchung zu diagnostizieren. Man erwartete nicht, daß die Gastarbeiter die Krankenkassen besonders belasten würden, sie hatten das Bestreben, in möglichst kurzer Zeit viel Geld zu verdienen. Die Neigung, sich krank zu melden, ist tatsächlich auch nicht vermehrt aufgetreten. Auch die Verständigung zwischen den Gastarbeitern und den Kassenärzten machte keine sonderlichen Schwierigkeiten. Die Kassen hatten einige Dolmetscher zur Verfügung gestellt, doch kamen die Gastarbeiter meistens mit Kollegen zum Arzt, die hinreichend gut deutsch konnten. Schwierigkeiten entstanden eigentlich nur dadurch, daß die Gastarbeiter bestrebt waren, sich Krankengeld zu verschaffen, wenn sie bei unbezahltem Urlaub zu Festtagen in die Heimat fuhren.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Wolf v. Keitz: Das Gutachten im Versorgungswesen. XVI. Tod und Schädigungsfolge.**  
 Med. Welt, N. F., 18, 270—277 (1967).

A. Nach § 38 BVG gilt bekanntlich der Tod stets dann als Folge einer Schädigung, wenn ein Beschädigter an einem Leiden stirbt, das als Folge einer stattgehabten Schädigung rechtsverbindlich anerkannt und für das ihm im Zeitpunkt des Todes Rente zuerkannt war. Eine Korrekturmöglichkeit ist mithin nur über § 41 VfG möglich. Die im 2. Satz des § 38 Abs. 1 BVG geäußerte Rechtsvermutung will aus sozialen Gründen sicherstellen, daß die Frage, ob das Schädigungsleiden des Verstorbenen Folge wehrdienstlicher Einflüsse war nicht anders entschieden wird als im Beschädigtenverfahren selbst. Grundsätzlich ist nach freier Überzeugung zu entscheiden, ob die anerkannten Schädigungsfolgen ursächlich am Tode des Beschädigten beteiligt waren (BSG v. 26. 8. 60 Breith. 1961, S. 63); diese Pflicht trifft besonders dann zu, wenn das Todesleiden nur anteilmäßig im Sinne der Verschlimmerung anerkannt war; dabei ist die MdE.-Einstufung für den Verschlimmerungsanteil nicht entscheidend (BSG v. 24. 11. 59, Bundesvers. Bl. 8, 60, S. 114; BSG v. 12. 3. 58, BSG 7, S. 53). Es ist also unter Anwendung der Kausaltheorie der wesentlichen Bedingung zu prüfen, ob der Besch. an dem Verschlimmerungsanteil gestorben ist, ob also die Verschlimmerung für den Tod ursächlich wurde (BSG v. 12. 3. 58, BSG 7, 353). Ist der gesamte Leidenszustand im Sinne der Verschlimmerung anerkannt und hat dieser zum Tode geführt, so gilt der Tod gem. § 38 BVG als Schädigungsfolge. Ist der Tod mittelbare Folge des anerkannten Schädigungsleidens, so gilt ebenfalls die Rechtsvermutung des § 38 Abs. 1 Satz 2 (BSG v. 26. 8. 60, Breith. 1961, S. 63). Stellt sich heraus, daß der Erstanerkennung an sich ein ganz anderes Leiden zugrunde lag und stirbt der Besch. an ihm, so gilt im allgemeinen dieses als „anerkanntes Grundleiden“, d. h. als Schädigungsfolge (BSG v. 29. 10. 63 KOV 12,65 Rechtspr. 1948). Auch wenn zu Lebzeiten des Besch. kein Versorgungsantrag gestellt wurde, so kann dennoch, sofern der Kausalzusammenhang zu bejahen ist, der Tod als Schädigungsfolge anerkannt werden. Tritt Tod an einem Nichtschädigungsleiden ein, so kann Anerkennung dennoch erfolgen, sofern die besonderen Umstände des Wehrdienstes oder der Kriegsgefangenschaft eine rechtzeitige Erkennung und Behandlung der zum Tode führenden Erkrankung verhinderten und der Tod hierdurch wesentlich (mit —) herbeigeführt wurde. B. *Lebensverkürzung um 1 Jahr.* Grundsätzlich ist vom Gutachter wahrscheinlich zu machen, daß die anerkannten Schädigungsfolgen am Ableben überhaupt ursächlich mitgewirkt haben. Der Nachweis der Lebensverkürzung um 1 Jahr wird erschwert, wenn der Tod zu diesem Zeitpunkt bereits aus Nichtschädigungsfolgen voll erklärbar ist. War das Ableben ohne Schädigungsfolgen nicht absehbar, so ist die Anerkennung aus § 38 BVG zwingend und man kann auf die hier zur Rede stehende Argumentation verzichten; sie kommt im übrigen auch nur für jene Fälle noch in Betracht, in denen die Schädigungsfolgen nicht die alleinige oder überwiegende Ursache des Todes war und der Zeitpunkt des Todes bereits auf Grund der Nichtschädigungsfolgen abgesehen werden konnte. C. *Selbsttötung.* § 1 Abs. 4 BVG führt aus, daß eine absichtlich herbeigeführte Schädigung nicht anzuerkennen ist, es sei denn, daß bei der Selbsttötung oder den Folgen eines Suicidversuches eine Beeinträchtigung der freien Willensbestimmung durch Tatbestände im Sinne des § 1 BVG wahrscheinlich zu machen ist. Jeweils gegebene Situation ist dabei ebenso zu berücksichtigen wie die individuellen Verhältnisse (militärische Lage, somatische Leiden, insbesondere Hirntraumen mit organischem Psychosyndrom, schmerzhaftes Verwundungen, kosmetische Entstellungen mit tief greifenden Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühles, weniger auch Dystrophien und Tuberkulosefolgen, abnorme Reaktionsbereitschaften des Besch., verminderte Widerstandsfähigkeit gegenüber eigenen pathologischen Impulsen). In jedem Falle darf nicht von Durchschnittsnormen ausgegangen werden, der Gutachter sollte nur nach eingehender psychopathologischer Analyse des Einzelfalles werten (vgl. BSG v. 11. 11. 59, BSG 1150). G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

**S. Zanardi, A. Villa e G. Monti: Modificazioni elettrocardiografiche in operai esposti abitualmente alla inalazione di ossido di carbonio.** [Ist. Med. Lav., Univ., Genova, e Clin. Lav. „L. Devoto“, Univ., Milano.] *Med. Lav.* **57**, 761—770 (1966).

**Herbert Habs: Der Krebs in der Rentenversicherung (medizinische Problematik).** [10. Fortbild.-Kurs f. Sozialmed. Begutachtungsk. f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 5.—7. X. 1966.] *Med. Sachverständige* **63**, 83—89 (1967).

**H. Lotter: Krebs als Grundlage der Leistungsgewährung in den gesetzlichen Rentenversicherungen.** [10. Fortbild.-Kurs f. Sozialmed. Begutachtungsk. f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 5.—7. X. 1966.] *Med. Sachverständige* **63**, 77—82 (1967).

**J. A. Horster: Ärztliche Tätigkeit in der privaten Krankenversicherung.** *Lebensversicher.-Med.* **19**, 35—37 (1967).

Aufgaben des Gesellschaftsarztes sind die Risikobeurteilung, die Prüfung medizinischer Sachverhalte im Hinblick auf die Erstattungspflicht (Ausschlußleiden, Behandlungsbedürftigkeit u. -methoden, Pflegefälle usw.), Verbesserung u. Ausbau der Grundlagenforschung (Diagnoseschlüssel, Dokumentation), Schulung der nichtärztlichen Mitarbeiter u. Untersuchungen von Versicherungsnehmern unter bestimmten Fragestellungen. G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

**K. Brünner: Gewichtsangaben bei Versicherungen ohne ärztliche Untersuchung.** *Lebensversicher.-Med.* **19**, 42—44 (1967).

Aufnahmen in Lebensversicherungen sind jetzt vielfach auch ohne vorangegangene ärztliche Untersuchung möglich. Der Antragsteller muß einen Gesundheitsbogen ausfüllen, dessen Richtigkeit er versichert. Es besteht allgemein die Auffassung, daß dabei das Körpergewicht zu niedrig angegeben wird. Übergewichtige werden aber vielfach nicht ohne ärztliche Untersuchung aufgenommen. Nach den Aufstellungen von Verf. liegen jedoch die Verhältnisse nicht so, daß das Gewicht häufig allzu niedrig angegeben wird. Es wird allerdings meist ohne Abzug der Kleidung angeführt. Tatsache ist, daß das Körpergewicht sich in den letzten Jahren bei vielen Menschen vermehrt hat. Es besteht wohl die Neigung, Nahrung im Übermaß zu sich zu nehmen.

B. MUELLER (Heidelberg)

**H. Döring: Über die Todesursachen der Großlebensversicherung für die Jahre 1962 bis 1964.** *Lebensversicher.-Med.* **19**, 44—45 (1967).

Herz-Kreislauf- u. Gefäßerkrankungen zeigen von 1953—1961 einen Anstieg von 38,88% auf 45,08, insgesamt jedoch eine sich jetzt abzeichnende Stabilisierung. 1964 lag die Zahl der Neoplasmen bei 22,46%, nur bei den ältesten Versicherten zeigte sich eine geringe Zunahme. Bei tödlichen Unfällen u. Selbstmorden ist ein leichtes Ansteigen von 10,5 auf 12,29% zu beobachten. Infektionskrankheiten weisen rückläufige Tendenzen auf, hierbei wurden nur 50—65jährige Versicherte herangezogen. Todesursachen von Männern und Frauen wurden im Verhältnis 5/1 berücksichtigt. Allgemein gesehen hat es den Anschein, daß Vers. häufiger an Herz-Kreislauf-erkrankungen versterben als die Gesamtbevölkerung, gegenteilig stellen sich die Sterbefälle an Infektionsleiden und Atmungs-erkrankungen dar — 11,17% zu 5,44%. G. MÖLLHOFF

**H. Stockmann: Ärztliche Aufgaben in der Lebensversicherung.** *Lebensversicher.-Med.* **19**, 25—32 (1967).

Verf. ist Gesellschaftsarzt der Gothaer Lebensversicherungs-A. G. (Göttingen, Gothaer Platz 8); der Leiter der mathematisch-statistischen Abteilung der gleichen Gesellschaft Dr. REICHEL hat Verf. Hinweise und Ergänzungen zur Verfügung gestellt. Das Kernstück der Lebensversicherungsmedizin ist die *Prognostik*. Die Gesellschaften wollen nach Möglichkeit die Versicherung von Anwärtern vermindert Lebenserwartung vermeiden; man nennt diese Gefahr „Selbstausslese“. Unter Umständen werden diese Anwärter jedoch gegen einen Risiko-Zuschlag angenommen, der nur zeitweise, z. B. nach Tumoroperation, oder auch dauernd zu zahlen ist. Man geht von der statistisch entwickelten Absterbeordnung von Gesunden aus; bei bestimmten Krankheiten besteht jedoch eine sog. Übersterblichkeit, deren Grad man den „Einschätzungsbüchern“ entnimmt; sie sind lückenhaft, die Schätzungen stimmen auch nicht immer; es ist sehr schwierig, jeden krankhaften Befund in eine Schema einzugliedern; man will die Ergebnisse sicherer machen dadurch, daß die Gesellschaften eine besondere zentrale Dokumentation ins Leben rufen. Verf.

bringt für die Absterbeordnung und für die Prämien bei bestehender Übersterblichkeit einige Beispiele; es gibt auch ein Tropen- und Flugrisiko. Versichert werden kann auch die Berufsunfähigkeit. Der Versicherte entbindet bei Vertragsabschluß und auch für die Aufnahmeuntersuchung, die Vertragsärzte, aber auch Praktiker vornehmen, Ärzte und Krankenhäuser im voraus von der Schweigepflicht. Hinweis auf die Wahrheitspflicht der Auskunft erteilenden Ärzte unter Bezugnahme auf § 278 StGB. Zu den wichtigen Aufgaben des Gesellschaftsarztes gehört auch die Benennung geeigneter Fachgutachter.  
B. MUELLER (Heidelberg)

**M. Giubileo e V. Camera: Concentrazione d'uranio nelle urine del personale di un centro nucleare.** Med. Lav. 56, 81—90 (1965).

**G. Armeli: Prime osservazioni sul controllo citologico periodico di un gruppo di lavoratori esposti ad amminobasi aromatiche.** [Serv. Sanit., Soc. Montecatini, Milano.] Med. Lav. 56, 264—282 (1965).

**E. Witt: Höchstzulässige Traglasten für Frauen und Jugendliche.** Zbl. Arbeitsmed. 17, 10—14 (1967).

Verf., der Diplomingenieur ist, hat aus dem arbeitsrechtlichen Schrifttum festgestellt, daß man in vielen Staaten ein Höchstgewicht für Traglasten festgesetzt hat. Das Höchstgewicht richtet sich nach der Art der Last, Länge der Transportstrecke, dem Geschlecht und dem Gesundheitszustand des Trägers. Die Auffassungen sind unterschiedlich. In der Sowjetunion und Bolivien dürfen Mädchen bis zu 16 Jahren höchstens 5 kg regelmäßig tragen, in Indien beträgt die Höchstlast 20 kg. Einzelheiten ergeben sich aus den Tabellen. Die Mitglieder der EWG sind bestrebt, die Bestimmungen anzugleichen, doch sind die Vorschläge der einzelnen Staaten noch recht verschieden. Für Mädchen im Mindestalter von 16 Jahren wird für Lasten ein Höchstgewicht von 10 kg vorgeschlagen, um ein Beispiel zu nennen.  
B. MUELLER (Heidelberg)

**P. Hülsmann: Versager am Arbeitsplatz — Fälle und Probleme.** Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg. 1, 147—151 (1966).

Nach allgemeiner Einleitung über die Umweltbeziehungen und Feldspannungen, denen jeder Mensch auch oder gerade am Arbeitsplatz ausgesetzt ist, erläutert Verf. an fünf Falldarstellungen die pathoplastische Bedeutung subjektiv empfundener, aber verdrängter Überforderungssituationen und Versagenserlebnisse. Durch eingehende und geschickte Exploration konnten körperliche Symptome als psychogen determiniert aufgedeckt — und nach Lösung des Konfliktes abgebaut werden. Verf. betont zutreffend die Bedeutung ärztlicher Kenntnisse über Arbeitsplatzbedingungen, aber auch das Erfordernis arbeitspsychologischer Menschenführung durch die Betriebe, um Versagenszuständen vorzubeugen bzw. sie arbeitsmedizinisch richtig zu therapieren.  
v. KARGER (Kiel)

**E. Grandjean, K. Streit und E. Perret: Arbeitsphysiologische Untersuchungen über die Ermüdung bei Tätigkeiten mit geringen und hohen Anforderungen an die Aufmerksamkeit.** [Inst. f. Hyg. u. Arbeitsphysiol., Eidg. Techn. Hochsch., Zürich.] Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg. 1, 152—161 (1966).

Vier nicht eben große (13—53 Probanden), hinsichtlich Alter, Geschlecht, Sozialstatus und Nationalität differente Gruppen (Stellwerksangestellte, Rangierarbeiter und Büroangestellte des SB-Bundesbahnhofs Zürich sowie Angestellte der Lochkartenabteilung der PTT) werden mittels Fragebogen sowie zweier psychophysiologischer Testverfahren (optische Verschmelzungsfrequenz und optische Reaktionszeit) im Hinblick auf zwei Fragestellungen untersucht: Beurteilung der Ermüdung bei Arbeiten gleichförmig-repetitiver Art und gleichzeitig hoher Anforderung an die Aufmerksamkeit sowie Geeignetheit der angewandten Tests zur Erfassung des Müdigkeitsgrades. Die sehr zahlreichen, graphisch und tabellarisch dargestellten Ergebnisse und ihre statistische Auswertung sind im Original nachzulesen, sie werden von den Verff. mit der gebotenen Zurückhaltung interpretiert. Von den beiden Tests ergab nur die Verschmelzungsfrequenz verwertbare Resultate, aber keine Korrelationen zur gleichzeitig gemessenen Leistung oder subjektiv empfundenen Ermüdung. Mit Recht wird die Frage aufgeworfen, ob durch die Testsituation am Flimmerverschmelzungsgerät eine objektive Messung der Ermüdung überhaupt möglich sei, ob nicht vielmehr ebenso wie in der konzentrativ angespannten Arbeitssituation die Stimulation des Aktivationsystems der Formatio reticularis das Dämpfungssystem im Thalamus überlagere, um

erst nach der Belastung die Ermüdung deutlich werden zu lassen — eine Frage, die zweifellos allgemeineres Interesse verdient als im Rahmen einer neurophysiologischen Konzeption der Ermüdung bei Bahn- und Postangestellten.  
v. KARGER (Kiel)

**P. Hülsmann: Von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation. Grundsätzliches aus der spez. Sicht der Arbeitsverwaltung.** Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg. 2, 56—59 (1967).

### Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

● **Jean Delay und Pierre Pichot: Medizinische Psychologie. Ein Kompendium.** Übers. u. bearb. von W. BÖCHER. Stuttgart: Georg Thieme 1966. XII, 399 S. u. 41 Abb. DM 10.80.

Das Buch, im Entwurf wohl als Nachschlagewerk und kurzgefaßter Abriss der medizinischen Psychologie für den Medizinstudenten gedacht, bietet auf engstem Raum einen Überblick über das Fachgebiet. Es stellt über den Rahmen der engeren medizinischen Psychologie hinausgehend eine ausgezeichnete Informationsquelle über die psychologischen Erkenntnisse, Forschungsrichtungen der Psychologie, deren Grundlagen, etc. dar. Es gibt auch Auskunft über methodische Fragen. Dabei finden die Grenzgebiete zu den Nachbardisziplinen wie z. B. Neurophysiologie, Hirnpathologie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, etc. dem neuesten Stand der Wissenschaft entsprechend eine Berücksichtigung. Besonders hervorzuheben ist, daß es sich nicht nur um eine einfache Übersetzung des französischen Werkes handelt. Durch die Anpassung an die deutschen Verhältnisse, gerade in Fragen in Terminologie, und durch die Verarbeitung der einschlägigen deutschsprachigen Literatur wird das Buch als psychologisches Kompendium den Ansprüchen im deutschen Sprachraum gerecht. Über den eingangs erwähnten Interessentenkreis hinaus dient es als Kompendium der Psychologie in erster Linie für den Medizinstudenten, Arzt und Facharzt. Es ist aber auch für jeden im Dienste des kranken und seelisch gestörten Menschen Tätigen von Nutzen und Gewinn.  
HENN (Freiburg)

● **Ernst Kretschmer: Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten.** 25., erg. Aufl. Hrsg. von WOLFGANG KRETSCHMER. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1967. XVI, 484 S. u. 89 Abb. Geb. DM 48.—

**D. Müller-Hegemann: Zum Problem der Neurosen-Begutachtung.** [Städt. Krankenh. f. Psychiat. u. Neurol. Wuhlgarten, Berlin.] Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) 19, 10—14 (1967).

Die Darstellung ist im wesentlichen am tradierten somatischen Krankheitsbegriff orientiert und zeigt eine Reserviertheit gegenüber psychoanalytischen Auffassungen. Krankheitswert wird seelischen Fehlhaltungen nur dann beigemessen, wenn sieben Voraussetzungen erfüllt sind: neurosefördernde Konstitution, nosologisch schwere Krankheitszeichen, (ernsthafte Suicidtendenzen, anankastische phobische oder depressive Symptome), adäquate schwere Belastungssituationen (z. B. Schwerhörigkeit oder Entstellung), erhebliche Chronifizierung schwerer seelischer Fehlhaltungen, Verlust willensmäßiger Steuerung, Nichtbestehen finaler Tendenzen und Erfolglosigkeit gezielter psychotherapeutischer Bemühungen.  
G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

**Malvin Braverman and Frederick J. Hacker: Psychotraumatic reactions.** (Psychotraumatische Reaktionen.) J. forensic Med. 13, 101—114 (1966).

Ausgehend von Klassifikationen psychischer Traumen, definiert als unerwartete Einbrüche eines massiven seelischen Reizes, der die in Schichten gedachten Ich-Grenzen tangiert, werden an 2 Fällen charakteristische posttraumatische Krankheitssymptome beschrieben: Angst gemischt mit Panikstimmungen, Reizbarkeit, Hyperakusis, stereotyp wiederkehrende Alpträume, quälende Traurigkeit mit ihren Ausstrahlungen auf Denkprozesse und Triebphäre. In Übereinstimmung mit LEOPOLD und DILLON werden die Symptome nur im Sinne der Ähnlichkeit mit denen von Neurosen als „neurotisch“ bezeichnet. Das posttraumatische Traumgeschehen wird