

Weißmacher und des in den Marken vorhandenen Weißmachers hergestellt. Verglichen wurden die Ergebnisse mit einer Aufstellung der wichtigsten europäischen Hersteller, der von ihnen fabrizierten Weißmacher und den Zeitpunkten ihrer ersten Verwendung. TERFLOTH (Freiburg) Nr. 274

Versicherungs- und Arbeitsmedizin

● **Hermann Ammermüller: Handbuch für Krankenkassen und Ärzte.** Allgemeine ärztliche und medizinisch-versicherungsrechtliche Probleme und Begutachtungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bd. 1. 3., erw. Aufl. 11. Nachtragslfg. Loseblattausgabe. Bad Godesberg: Asgard-Vlg. 1967. 119 Blätter. DM 25.20.

Nunmehr ist der elfte Nachtrag zu der zweckmäßigen Loseblattsammlung erschienen [s. diese Z. 58, 49 (1966)]; beigegeben ist die Hülle für den 3. Band. Die Sammlung enthält wertvolle Beiträge, so den Bundesmantelvertrag zwischen der kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Bundesverband der Krankenkassen, den Belegarztvertrag, die allgemeinen Verwaltungsvorschriften über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen für die Bundesbeamten, die Richtlinien zur werksärztlichen Betreuung der Arbeitnehmer (Bekanntmachung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 10. 10. 66), Nachträge zum Bundesentschädigungsgesetz, zahlreiche Entscheidungen über die ärztliche Versorgung im Rahmen der Krankenversicherung. Ferner wird die Heidelberger Kapsel geschildert. Abgedruckt ist das Merkblatt für die Früherkennung der infantilen Cerebralparese. Recht interessant ist eine Statistik der Prognose der bösartigen Geschwülste, sowie eine Zusammenstellung über die Einschränkung der Verkehrstüchtigkeit durch Arzneimittel, wobei zwischen Narkose-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Psychopharmaka, Antiepileptica, Antihistaminica, Stimulantien, Muskelrelaxantien und Hochdruckmittel unterschieden wird. Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich, daß auf diesem Gebiet für Einzelforschungen noch viel Raum offen ist. — Das Handbuch eignet sich hervorragend zur Orientierung für Angestellte des Gewerkschaftsbundes, Angestellte der Versicherungsträger und der Privatversicherungen, der Sozialämter, für Sozialrichter, Ärzte an den Gesundheitsämtern, Gerichtsmediziner, Werksärzte und alle diejenigen, die sich sonst mit der Sozialmedizin befassen; es stellt eine sehr wertvolle Hilfe dar. Zur Anschaffung muß dringend geraten werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Bundesversorgungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Schwerbeschädigtengesetz, Unterhaltsbeihilfengesetz, Heimkehrergesetz, Kriegsgefangenenentschädigungsgesetz, Häftlingshilfegesetz sowie Durchführungs- und Verwaltungsvorschriften.** Textausgabe mit Verweisungen und Sachverzeichnis. Ergänzungslfg. April 1967. (9. Ergänzungslfg. z. 7. Aufl. 4. Ergänzungslfg. z. 8. Aufl.) München u. Berlin: C. H. Beck 1967. 192 S. (Im Lose-Blatt-System.) DM 5.80.

Die C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung hat in dieser Textsammlung den Stand der Gesetzgebung vom 15. 4. 1967 erreicht. Insbesondere sind die Änderungen des Bundesversorgungsgesetzes, die mit Wirkung vom 1. 1. 1967 in Kraft getreten sind, berücksichtigt worden. Hiernach haben die §§ 1, 8—14, 17—21, 24 und 25, 27 und 27 e, 30—36, 38, 40—48, 51—54, 60 und 60 a, 62—67, 69, 71 und 71 a, 74, 77 und 78, 82 und 85 Änderungen erfahren. Aufgehoben wurden die §§ 16 und 22, neu eingeführt die §§ 24 a, 56 und 64 f. Nach § 24 a BVG wird die Bundesregierung unter anderem ermächtigt, durch Rechtsverordnungen Art, Umfang und besondere Voraussetzungen der orthopädischen Versorgung und der Ersatzleistungen näher zu bestimmen. § 56 BVG verpflichtet die Bundesregierung, in zweijährigem Abstand, erstmals im Jahre 1969, den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes zu berichten, inwieweit es unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und des realen Wachstums der Volkswirtschaft möglich ist, die Leistungen dieses Gesetzes zu ändern. § 64 f BVG betrifft verfahrensrechtliche Vorschriften, die in den Kompetenzbereich der Bundesminister des Innern sowie für Arbeit und Sozialordnung fallen.

MALLACH (Tübingen)

● **Hans-Jürgen Rehm: Industrielle Mikrobiologie.** Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1967. XII, 643 S., 151 Abb. u. 78 Schemata. Geb. DM 138.—

Francesco Introna: *L'evoluzione e le responsabilità della medicina nel quadro della sicurezza sociale ed il ruolo del medico.* (Entwicklung und Verantwortung der Medizin innerhalb der sozialen Sicherheit und die Rolle des Arztes.) [Ist. Med. Leg. e

Assicuraz., Univ., Padova.] [9. Congr. Naz., Assoc. Med. F. S., Venezia, 23.—24. IX. 1966.] *Med. leg.* (Genova) 14, 330—356 (1966).

Nach einem Hinweis auf die Tätigkeiten einzelner Verbände (Corporazione dei vetrai, Venedig; Corporation du métier des fourreurs de vair, Paris; the White Tawyers, London), die praktisch als erste sozialmedizinische Zwecke verfolgten, erläutert Verf. die Entwicklung der sozialen Medizin bis zu den heute bestehenden Pflichtversicherungen und der sog. sozialen Sicherheit. Aus der individuellen Medizin ist eine kollektive Medizin geworden, und die Figur des Arztes ist nicht mehr die des Hausarztes, sondern oft die eines Beamten, wodurch auch das Verhältnis Arzt-Patient sehr gelitten hat. Dazu kommt der außerordentliche Fortschritt auf allen Gebieten der Medizin, die jetzt nicht mehr vom einzelnen beherrscht werden können, sondern nur noch von den Teams der Fachärzte. Dadurch ist die gesamte Medizin an einem kritischen Wendepunkt angelangt, worüber sich nicht nur der einzelne Arzt, sondern auch die der Sanitätsorganisation vorstehenden Behörden im klaren sein müssen. Es steht fest, daß das Anrecht auf Gesundheit und soziale Sicherheit ein Recht aller ist und nicht nur einer privilegierten Klasse zustehen kann; die Gefahren jedoch, die die soziale Sicherheit in sich birgt und die vor allem den einzelnen Arzt und den einzelnen Kranken betreffen, müssen bei der Organisation derselben berücksichtigt werden, damit daraus nicht ein zweischneidiges Schwert entsteht. G. GROSSER (Padua)

BGB §§ 133, 157, 1357 (Auswirkung der Pflichtgrenze für die Angestelltenversicherung bei ärztlicher Behandlung auf Grund eines Überweisungsscheins; Haftung des Ehemannes für Arzthonorar). a) Wer sich auf Grund des Überweisungsscheins (Krankenscheins) seiner Ersatzkrankenkasse in die Behandlung eines Arztes begibt, muß die Versicherungsbedingungen der Krankenkasse und die gleichlautenden Vereinbarungen des Arzt-Ersatzkassenvertrages gegen sich gelten lassen. Das gilt auch für die Bestimmung, daß nur Mitglieder, deren Einkommen die Pflichtgrenze für die Angestelltenversicherung (hier: 1250 DM monatlich) nicht übersteigt, Anspruch auf Behandlung gegen Krankenschein haben, während Mitglieder mit einem höheren Einkommen als Privatpatienten behandelt werden. b) Läßt sich eine Ehefrau durch einen Arzt behandeln, so handelt sie im Rahmen ihrer Schlüsselgewalt. Aus dem Behandlungsvertrag, den sie mit dem Arzt abschließt, haftet in der Regel nur der Mann für das Arzthonorar. [BGH, Urt. v. 3. 2. 1967 — VI ZR 114/65 (Celle).] *Neue jur. Wschr.* 20, 673—675 (1967).

Die Rechtsverhältnisse der Kassenärzte zu den Ersatzkrankenkassen sind durch den Arzt-Ersatzkassenvertrag geregelt. Nach § 1, Nr. 2 des bis zum 30. 9. 63 und § 4, Nr. 2 des ab 1. 10. 63 geltenden Vertrages sind Mitglieder, deren Einkommen die Pflichtgrenze der Angestelltenversicherung von DM 1250.— monatlich übersteigt, nicht berechtigt, sich oder ihre Familienangehörigen auf Grund von Krankenscheinen ärztlich behandeln zu lassen. Nimmt also ein derartiger Nichtanspruchberechtigter einen Krankenschein in Anspruch, so gilt er satzungsgemäß als Privatpatient. Der Beklagte, für den diese Gegebenheiten zutrafen, war freiwillig weiterversichertes Mitglied einer Ersatzkasse, seine Ehefrau Mitversicherte; sie wurde mit Überweisungsschein Dr. B. zugeleitet, der diesen entgegennahm und die Behandlung einleitete. Die Ehefrau machte keine Zusage, daß sie sich selbst vertraglich binden wollte, sondern gab durch Vorlage des Überweisungsscheines nach Auffassung des Gerichtes zu erkennen, daß sie ein Geschäft ihres Mannes besorgen wollte. Der Arzt konnte, unter Berücksichtigung der vertraglichen Abmachungen damit zu Recht vom beklagten Ehemann die Sätze der ärztlichen Gebührenordnung fordern. Die Ehefrau handelte dadurch, daß sie sich von Dr. B. behandeln ließ, im Rahmen der Schlüsselgewalt; nach § 1357 BGB ist der Ehemann demnach verpflichtet, für das Arzthonorar aufzukommen (vgl. hierzu auch §§ 1356 Abs. 1, 1360, 1360a BGB). — Diese Auffassung entspricht auch der überwiegenden Meinung in Rechtsprechung und Schrifttum. Durch die Erkrankung wird die Ehefrau nicht nur selbst, sondern zugleich auch die ganze Familie betroffen. Durch Rechtsgeschäfte, die die Frau im Rahmen ihrer Schlüsselgewalt abschließt, wird im allgemeinen nur der Ehemann berechtigt und verpflichtet, die Ehefrau wird nur dann einbezogen, wenn sich dessen Zahlungsunfähigkeit herausstellt. Die zwischen Arzt und Ehemann bestehenden vertraglichen und vermögensrechtlichen Beziehungen spielen für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Pat. nach der höchstrichterlichen Auffassung keine entscheidende Rolle. Vom Arzt

braucht nicht erwartet zu werden, daß er sich vor Behandlungsaufnahme im Detail nach den hier zur Rede stehenden rechtlichen Beziehungen orientiert, wenn eine Ehefrau seine Behandlung in Anspruch nimmt.
G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

Kassenärztliches Disziplinarverfahren und Entziehung der Kassenzulassung sind nebeneinander zulässig. Dtsch. med. Wschr. 92, 769 (1967).

Ein Kassenarzt war vom Disziplinarausschuß der KV wegen unwürdigen Verhaltens gemäßregelt worden. Zusätzlich leitete man gegen ihn ein Verfahren auf Entziehung der Kassenzulassung ein. Der Arzt machte geltend, daß zwei Verfahren nebeneinander unzulässig seien. Der Berufungsausschuß für Ärzte in Bayern hat sich jedoch durch Beschluß vom 16. 3. 66 Az. 14/65 auf den Standpunkt gestellt, daß es zulässig sei, beide Verfahren nebeneinander durchzuführen. Bei dem Verfahren auf Entziehung der Kassenzulassung handle es sich nicht um eine Strafe, sondern um eine Untersuchung nach der Richtung hin, ob der betreffende Arzt als Kassenarzt geeignet sei.
B. MUELLER (Heidelberg)

Paolo Benciolini: Considerazioni medico-legali sull'inserimento nel Testo Unico D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, del danno da splenectomia. (Gerichtsmedizinische Betrachtungen über die durch Splenectomie hervorgerufene MdE [s. D.P.R. 30. Juni 1965, No 1124].) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Padova.] [20. Congr. Naz., Soc. Ital. Med. Leg. e Assicuraz., Trieste, 8.—11. IX. 1966.] Med. leg. (Genova) 14, 357—380 (1966).

Die neue Versicherungsordnung über Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten in der Industrie und der Landwirtschaft (D.P.R. 30. Juni 1965, Nr. 1124), sieht in den beiliegenden Tabellen einen besonderen Rentensatz für den Verlust der Milz „ohne hämatologische Veränderungen“ vor, und zwar in Höhe von 15 % für die Industriearbeiter, in Höhe von 16 % für die Arbeiter der Landwirtschaft. Es handelt sich um eine Neuerung, die die italienischen Rentensätze weiterhin denen nähert, die innerhalb der europäischen Wirtschaftsgemeinschaft gelten. Letzten Endes ist das zur gesetzlichen Norm geworden, was schon seit langem in der praktischen Sachverständigentätigkeit bewertet wurde, wie aus den angeführten Prozentsätzen der MdE hervorgeht. — Verf. weist auch auf die möglichen Auswirkungen dieser Bestimmung auf die Einschätzung des Verlustes der Milz im Straf- und Zivilverfahren hin.
G. GROSSER (Padua)

V. Rinaldi: Un nuovo metodo di valutazione delle menomazioni plurime da infortunio che interessano le mani. (Eine neue Methode zur Abschätzung von Unfallverletzungen der Hände.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Catania.] G. Med. leg. Infortun. Tossicol. 12, 302—306 (1966).

Verf. beschreibt eine Methode zur Abschätzung der MdE von Unfallverletzungen, die den Verlust von mehr als einem Finger oder Fingergliedern zur Folge haben. Einschränkend teilt er mit, daß mit dieser Methode nicht alle Fragen, die im Einzelfall auftreten, zu lösen seien. Er geht von den tabellarisch dargestellten Normen der italienischen Unfallgesetzgebung aus, rechnet für den Verlust aller Finger der rechten Hand 65 % und für den gleichen Verlust an der linken 55 %. Besteht nur ein Verlust von Fingergliedern, errechnen sich die prozentualen Werte durch Division der Absolutzahlen hinsichtlich des Daumens durch 2 und der übrigen Finger durch 3 (*Beispiel*: Verlust des rechten Daumenendgliedes $26:2 = 13\%$). Sind von beiden Händen insgesamt fünf Finger verlorengegangen, so werden die einzelnen Prozentzahlen addiert (*Beispiel*: Daumen und Zeigefinger der rechten, Mittel-, Ring- und Kleinfinger der linken Hand = 61,5 %; Verf. rundet auf 61 % ab). Sind dagegen mehr als fünf Finger verlorengegangen, so werden zu der aus den fünf wichtigsten Fingern zu bildenden Prozentsumme Zehntel der Differenz auf 100 % addiert (*Beispiel*: Verlust von Daumen, Zeige- und Mittelfinger der rechten sowie Zeige-, Mittel- und Ringfinger der linken Hand. Die Prozentsumme ergibt mit Ausnahme des linken Ringfingers 68 %. Die Differenz auf 100 % beträgt 32, davon $\frac{1}{10} = 3,2$. Es wird also der Verlust der genannten sechs Finger mit 71 % eingeschätzt). Bei dem Verlust mehrerer Fingerglieder wird ein „Plus-Wert“ addiert der $\frac{1}{10}$ der Prozentsumme, jedenfalls aber nicht mehr als insgesamt 5 % beträgt. Die Tabelle muß dem Original entnommen werden.
MALLACH (Tübingen)

V. Chiodi: La disciplina assicurativa dell'infortunio «in itinere» dei lavoratori nell'importanza della sua promulgazione. (Versicherungsrechtliche Fragen bei Wegeunfällen

im Hinblick auf bevorstehende Erlasse.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Firenze.] *Minerva med.-leg.* (Torino) 85, 199—206 (1965).

Die in europäischen und außereuropäischen Ländern gültigen Vorschriften über die Erfassung von Wegeunfällen im Rahmen der Unfallversicherung werden diskutiert und in Beziehung zu den in Italien geplanten Änderungen in der Unfallversicherung gebracht. HANS-JOACHIM WAGNER

H. Herxheimer: Die Entwicklung von Mehlempfindlichkeit der Haut bei Bäckerlehrlingen und Bäckern. Ein Zwischenbericht über eine Langzeitstudie. [Univ.-Asthmapoliklin., Freie Univ., Berlin.] *Klin. Wschr.* 45, 481—484 (1967).

L. Palmieri e E. Durante: Sull'opportunitè dell'estensione della randità di passaggio ad altre tecnopatie. (Ist es angebracht, die Übergangsrente auch auf andere Berufskrankheiten auszudehnen?) [Ist. Med. Leg. e delle Assicuraz., Univ., Napoli.] *G. Med. leg. Infortun. Tossicol.* 12, 227—236 (1966).

Die Übergangsrente steht nur im Fall von Silikose oder Asbestose zu (s. Art. 150 des D.P.R. 30. Juni 1965, Nr. 1124). Verff. befürworten ihre Ausdehnung auch auf die anderen versicherten Berufskrankheiten. G. GROSSER (Padua)

Hans Schaefer: Die Leistungsgrenze als ein allgemeines Problem der Sozialmedizin und der „Frühinvalidisierung“. [10. Fortbild.-Kurs f. Sozialmed. Begutachtungsk. f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 5.—7. X. 1966.] *Med. Sachverständige* 63, 90—98 (1967).

Das ökonomische Problem der vorzeitigen Berentung liegt in der Minderung des Brutto-sozialprodukts, die eine Größenordnung von 36 Milliarden hat, die Aufwendungen für die Altersrente, private Versicherungen und Vorsorge beliefen sich 1961 auf ca. 39 Milliarden; nicht berücksichtigt bleibt dabei, daß die Begrenzung des Arbeitslebens mit 65 Jahren keine biologische Begründung hat. Allgemein beobachtet man einen Anstieg des Invalidisierungsalters. Die Ursachen der Invalidisierung sind erstaunlicherweise in den verschiedenen Lebensaltern gleichartig: Arteriosklerose, Hochdruck und Gehirnblutungen machen zusammen 39%, Bronchitis, Krankheiten der oberen Luftwege und Herzleiden 28%, Herz- und Gefäßleiden allein 53% aus. Mortalität und Invalidisierung werden im Häufigkeitsspektrum nicht von denselben Krankheiten beherrscht, die vier häufigsten Mortalitätsursachen haben sehr niedrige Werte bei den Morbiditäten (Tumoren, Arteriosklerose, Hirnblutungen und Altersschwäche). Psychische Ursachen der Leistungsgrenzen zeigen eine enorme Variabilität, individuelle Ansprüche und ihre Erfüllbarkeit im Erwerbsleben, somatische und soziologische Momente stehen zueinander in lebhafter Wechselwirkung. Die physiologische Theorie des Antriebs (Arbeit als Gegensatz zum Spiel) und die Eigenschaften des modernen Erwerbslebens lassen Krankheiten wie die vegetative Dystonie als Anpassungserscheinungen verständlich werden. G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

Alf Sauer: Motivation zum Rentenantrag. [10. Fortbild.-Kurs f. Sozialmed. Begutachtungsk. f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 5.—7. X. 1966.] *Med. Sachverständige* 63, 98—103 (1967).

Die Diskrepanz zwischen Krankheitserlebnis und objektiver Manifestation gesundheitlicher Störungen, zwischen Motivation und Ursachen zur Rentenantragstellung veranlaßten den Autor, in der Begutachtungssituation bei Pat. aus dem Kreis der Arbeiterrentenversicherung den Anläßen nachzugehen, die diese zur Geltendmachung ihrer Versicherungsansprüche hatten. Es werden allgemeingehaltene Hinweise auf soziale, persönliche und finanzielle Determinanten wie auch Krisen- und Konfliktsituationen gegeben. Eine vom Leser erwartete und von der Themenstellung her sich anbietende exakte psychologisch-psychiatrische Analyse eines großen Kollektivs, unterbaut durch faktorenanalytisch eAufgliederungen, wird jedoch nicht erbracht. Empfehlungen wie etwa die, man solle in der Begutachtung die Anamnese vertiefen, um so die „Färbung des Beschwerdebildes zu entlarven“ oder „durch direkte Fragen das ganze Verfahren abzukürzen“, erscheinen methodologisch gesehen wenig erfolgversprechend. G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

Othard Raestrup: Die Multiple Sklerose und ihre prognostische Beurteilung in der Lebensversicherung. *Med. Welt, N. F.*, 18, 1075—1078 (1967).

Brauchbare Statistiken für die Lebensversicherungsmedizin sind schwer zu erhalten. Wenn Statistiken vorhanden sind, sind sie mitunter für Abschätzung des Risikos nicht brauchbar, weil

die Ausführungen der Versicherten mitunter falsch sind. Das Erkrankungsalter scheint für die Prognose der M.S. nicht wichtig zu sein. Einkalkulieren muß man die Selbstmordgefahr; sie entsteht, wenn der Kranke durch Lektüre von seinem voraussichtlichen Schicksal Kenntnis nimmt. Das Krankheitsbild wird in seinen Einzelheiten und Variationen geschildert. Die Kranken genießen bei den privaten Unfallversicherungen keinen Versicherungsschutz. Die Krankheitsdauer beträgt nach neuen Feststellungen bis zu 25 oder 30 Jahre. B. MUELLER (Heidelberg)

Nr. 289

E. Perret: *Fatigue et monotonie*. [Inst. Hyg. et Physiol. du Travail de l'EPF, Zurich.] Z. Präv.-Med. 10, 17—23 (1965).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

● **Helmut Ehrhardt: Rauschgiftsucht.** (Schriftenr. z. Problem d. Suchtgefahren. H. 13.) Hamm/Westf.: Hoheneck-Vlg. 1967. 44 S. DM 3.20.

Es handelt sich um einen Abschnitt aus dem von A. PONSOLD herausgegebenen Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, den Verf. (Direktor des Instituts für gerichtliche und soziale Psychiatrie der Universität Marburg) geschrieben hat. Bemerkenswert sind die klare und knappe Fassung und die exakten Quellenangaben. Eine Rauschgiftsucht liegt nach der Definition der World Health Organisation vor, wenn ein übermäßiger Wunsch oder Drang besteht, die Drogen einzunehmen und sie auf jede Art und Weise zu beschaffen, wenn eine Tendenz vorliegt, die Dosis zu steigern, wenn eine psychische und im allgemeinen auch physische Abhängigkeit von der Wirkung der Droge festzustellen ist, und wenn eine schädliche Wirkung auf Individuum oder Gesellschaft vorliegt. Sind die Kriterien nicht erfüllt, so würde nur eine Gewöhnung festzustellen sein. Verf. bringt interessante Tabellen über den Verbrauch von Betäubungsmitteln in den einzelnen Staaten und in den einzelnen Jahren. Angestiegen ist der Verbrauch von Cannabis und LSD. Die Möglichkeit der Unterbringung von Süchtigen wird unter Anführung der entsprechenden Gesetzesstellen (Strafrecht, Unterbringungsgesetze der Bundesländer, Sozial-Hilfegesetz) dargelegt. Es wird auch auf die Möglichkeiten eingegangen, einen Kostenträger heranzuziehen. Für sehr schädlich hält Verf. die publizistische Ausschlichtung der Wirkung des Mißbrauches von Betäubungsmitteln. Jeder Arzt sollte sich für verpflichtet halten, zur Suchtbekämpfung beizutragen. Die Bundesärztekammer weist mit Recht darauf hin, daß der Arzt allzu leicht geneigt ist BTM zu verschreiben; sie verlangt eine internationale Rezeptkontrolle. B. MUELLER

● **Rudolf Gelpke: Vom Rausch im Orient und Okzident.** Stuttgart: Ernst Klett 1966. 287 S. Geb. DM 26.—

Verf. spricht in der Einleitung zu seinem Buche davon, daß sein Verleger ursprünglich vorgeschlagen habe, diesem den Titel „Apologie des Rausches“ zu geben, daß man jedoch davon abgesehen habe, weil die westöstliche Auseinandersetzung mit dem Rausch im Vordergrund stehe. Viele, und vor allem die Gegner des Rausches, d. h. die im westlichen Denken verankerten Rationalisten, werden in diesem dankenswerten Buch nicht nur eine Apologie, sondern geradezu eine Apotheose sehen — es entsprechend ablehnen und bekämpfen. Verf., der lange im Orient gelebt und dort umfassende Studien, vor allem auch in der frühen Literatur und Dichtkunst betrieben hat, erklärt sich weitgehend mit der Auffassung des Ostens identisch. Er sieht den Rausch als eine Erweiterung und Erhöhung der Seinserfahrung an; während er die Wirkungen von Alkohol, Opium, Haschisch und verschiedenen anderen Rauschmitteln klar gegeneinander abgrenzt, tritt er für den Abbau der im Westen verbreiteten Vorurteile, die bis auf den Alkohol gegen alle anderen Rauschmittel bestehen, ein. In bezug auf die Süchtigkeit findet er eine klare Definition: Süchtig ist jemand, für den das freiwillig eingegangene Abenteuer des Rausches zu einer mechanischen Zwangshandlung entartet ist. — Dieses Buch regt nicht nur Mediziner, sondern auch geistig interessierte Menschen zum Nachdenken an. — Personen- und Sachregister sind in den Anmerkungen zu finden. LISELOTTE MEIER (Zürich)

Erich O. Haisch: § 42b StGB; Erfahrungen aus der Sicht des Krankenhauspsychiaters. Neue jur. Wschr. 18, 330—332 (1965).

Verf. weist auf die bekannten Schwierigkeiten des Aufenthaltes zwangsweise untergebrachter Straftäter hin und fordert die Bereitstellung entsprechender Sonderanstalten bzw. -abteilungen. Gewünscht wird zudem die Möglichkeit elastischerer Durchführung der Unterbringung und sinnvollerer, stufenweiser sozialer Readaption. Die aus der Sicht eines erfahrenen Anstaltspsychiaters gegebene Zusammenschau ist besonders für die mit diesem Problem befaßten Juristen interessant.

DUCHO (Münster)