

## Referate

### Allgemeines, einschließlich Verkehrsmedizin

- **Heinz Feneis: Anatomische Bildnomenklatur.** Stuttgart: Georg Thieme 1967. VI, 438 S. u. 740 Abb. DM 14.80.

Der als Anatom in Tübingen tätige Verf. ist auf den glücklichen Einfall gekommen, die gesamte makroskopische humane Anatomie in 740, von G. SPITZER gezeichneten, schematischen Abbildungen darzustellen. Die markanten, mit anatomischen Namen bezeichneten Stellen sind mit feingedruckten Zahlen bezeichnet; den Namen selbst kann man auf der daneben stehenden Tabelle ablesen. Diese Anordnung hat den Vorteil, daß die Zeichnung durch den Text der anatomischen Bezeichnungen nicht entsteht und schwer verständlich gemacht wird. Alle anatomischen Ausdrücke, auch die inoffiziellen, sind in einem Index verzeichnet; bei Nachschlagen findet man sofort die entsprechende Abbildung. Die Orientierung ist durch diese Anordnung sehr erleichtert. — Dieses preiswerte Taschenbuch ist außer für den Studenten auch für denjenigen Arzt und medizinischen Wissenschaftler sehr vorteilhaft, der sich in kurzer Zeit über einen anatomischen Ausdruck orientieren will, den er im Schrifttum vorfindet, und dessen Bedeutung ihm entfallen ist. Die Anschaffung muß warm empfohlen werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

- **Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie.** Begr. von EDUARD KAUFMANN †. 11. u. 12. Aufl. hrsg. von MARTIN STAEMMLER. Ergänzungsbd. 1. 1. Hälfte. Lfg. 1. Berlin: Walter de Gruyter & Co. 1967. 299 S. u. 123 Abb. DM 98.—.

Der nach alter Tradition noch als „Lehrbuch“ bezeichnete KAUFMANN-STAEMMLER ist noch nicht ganz abgeschlossen; zusätzlich sollen schon jetzt Ergänzungsbände erscheinen, in denen Einzelkapitel im Zusammenhang abgehandelt werden. Der erste Teil des ersten Ergänzungsbandes bringt zunächst auf 56 Seiten eine zusammenfassende Darstellung mit dem Titel „Fragen der Elektrolyte, des Stress und der Herznekrose“, verfaßt von dem Forscher, der zuerst den Stress systematisch bearbeitete, nämlich HANS SELYE, und GIULIO GAEBBIANI-Montreal. Die Technik des Standardversuches wird beschrieben: Untersucht werden die Herzveränderungen, die bei den Rattenversuchen nach Stress und nach der Zuführung von Medikamenten und Chemikalien beobachtet wurden. Die Darstellung ist sehr eingehend. Nur wenige Einzelheiten können erwähnt werden: So kann man auch durch Herzglykose Kardiopathien erzeugen. Bei der Besprechung der klinischen Folgerungen wird hervorgehoben, daß nicht alle Infarkte durch Herzgefäßthrombose zustande kommen; auch ohne Thrombosen können Nekrosen entstehen, auch durch Stress allein. Wenn gegenwärtig Herzgefäßkrankungen häufiger auftreten als früher, so kann dies damit verbunden sein, daß die Menschen jetzt häufiger seelischen Spannungen ausgesetzt sind; man darf aber nicht vergessen, daß die Herzgefäßkrankungen in ihrer Entstehung wohl auch dadurch begünstigt werden, daß viele Menschen zu viel Nahrung zu sich nehmen und sich körperlich zu wenig anstrengen. — Der gegenwärtige Direktor des Pathologischen Instituts in Aachen, Prof. Dr. SCHOENMAKERS schildert auf 163 Seiten die Blutversorgung des Herzmuskels und ihre Störungen, wobei er sich vielfach auf die von ihm geübte postmortale Arteriographie stützt. Er beschreibt Fälle, in denen ein Trauma (Granatsplittereinlagerung) eine örtliche Coronarsklerose auslöste. Hinweise auf die Coronarchirurgie; bezüglich eines Zusammenhanges der Häufigkeit des Auftretens der Coronarsklerose mit bestimmten Berufen ist er skeptisch. — FRIEDRICH WEGENER in Lübeck beschreibt zusammenhängend die „Pneumogene allgemeine Granulomatose — sog. Wegenersche Granulomatose“: Er schildert die klinischen Erscheinungen und dann ausführlich die krankhaften Veränderungen an den Organen unter Einbeziehung der Differentialdiagnose. Die Krankheit verläuft immer tödlich. Über die Ätiologie ist nichts bekannt. — Alle Abschnitte enthalten reichlich Photogramme; ausführliche Literaturverzeichnisse. Der Erwerb dieser Lieferung erspart dem Leser langwieriges Suchen in zerstreutem Schrifttum.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin.** Für Mediziner und Juristen. Hrsg. von ALBERT PONSOLD. Bearb. von H. BAITSCH, G. BEITZKE, S. BERG u. a. 3., Neubearb. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme 1967. XII, 645 S., 203 Abb. u. 38 Tab. Geb. DM 89.—

Der Herausgeber hat die jetzt vorliegende dritte Auflage seines bekannten und weitverbreiteten Lehrbuches völlig neu gestaltet. 38 namhafte Vertreter ihrer Disziplin haben die einzelnen Kapitel bearbeitet. Unter ihnen finden sich nur noch 5 der 25 Autoren, die im Namensregister der zweiten Auflage aufgeführt sind. Der völlig neuen Gestaltung des Stoffes entspricht auch eine neue Form. Der Text ist übersichtlicher gegliedert und noch leichter lesbar geworden, als dies in der zweiten Auflage der Fall war, die schon durch die Einprägsamkeit und das didaktische Geschick der Darstellung hervorstach. Dieses Lehrbuch repräsentiert den neuesten Stand des Wissens unseres Faches. Die Komprimierung der Darstellung einzelner Kapitel hat dazu geführt, daß das Lehrbuch nicht stärker aufgebläht, sondern eher gestrafft wurde (zweite Auflage 725 Seiten, dritte Auflage 645 Seiten). Das Buch ist allerdings etwas großformatiger geworden. Hervorragend die Übersichtlichkeit des Tabellenmaterials und die Eindringlichkeit und Überzeugungskraft der schematischen Darstellungen. Diese kennzeichnen in besonderem Maße die Kapitel, die der Herausgeber selbst dargestellt hat. Man meint in stärkerem Maße als in den früheren Auflagen die ordnende Hand des Herausgebers zu spüren. Die nicht einfache Aufgabe, die Beiträge von 38 Autoren so aufeinander abzustimmen, daß eine nahtlose und ausgewogene Darstellung des gesamten Faches resultiert, ist in hervorragender Weise gelungen. Es ist nicht möglich, die Kapitel der einzelnen Autoren gesondert zu besprechen. Zur Darstellung kommen das Strafrecht des Arztes, die ärztliche Rechts- und Standeskunde, die gerichtliche Psychiatrie, die klassische somatische gerichtliche Medizin und forensische Toxikologie ferner die Verkehrsmedizin, das große Gebiet des Blutalkohols, die Spurenkunde, die Feststellung der Vaterschaft, die Versicherungsmedizin sowie die Technik der Gutachterstattung und anderes mehr. Sorgfältige Literaturangaben am Schluß jedes Kapitels ermöglichen auch dem Uneingeweihten über den vorgelegten Text hinaus eine zusätzliche Information. Die klare übersichtliche Gliederung macht das Buch trotz seines Umfangs zum Lern- und Lesebuch für die Kandidaten der Medizin. Aber auch der Jurist und der gerichtsmedizinisch tätige Arzt wird es gern benutzen um sich schnell zu informieren und im Text und in den Literaturangaben wertvolle Hilfe bei der täglichen Arbeit finden.

H. LEITHOFF (Mainz)

● **Gutachten-Fibel.** Grundlagen und Praxis der medizinischen Begutachtung. Hrsg. von H. H. MARX. Unt. Mitarb. von W. DÖLLE, E. GEIPEL, H. H. GOSSMANN u. a. Stuttgart: Georg Thieme 1967. XV, 320 S. u. 14 Abb. Geb. DM 29.70.

Zwölf erfahrene Fachgutachter sind die Autoren dieser Gutachten-Fibel. Es existiert im deutschsprachigen Raum zur Zeit kein ähnlich knappgefaßtes und dennoch umfassendes Buch über die medizinische Begutachtung. Das Inhaltsverzeichnis umfaßt einen allgemeinen und einen speziellen Teil. Zunächst werden die gesetzlichen Grundlagen der Begutachtung im Rahmen der Rentenversicherung, der Kriegsopferversorgung, der Unfallversicherung und der Wiedergutmachung (HEUER) und die Technik der Gutachterstattung für diese Versorgungsbereiche (MARX) abgehandelt. Die spezielle Begutachtung der wichtigsten Erkrankungen in den einzelnen Fachgebieten wird angeschlossen. Es kommen zur Darstellung: Innere Erkrankungen (GOSSMANN, MARX, DÖLLE, LANGE und STROHMETER), Erkrankungen und Beschädigungen im Rahmen der Chirurgie, Urologie und Orthopädie (MAURATH) und Hals, Nasen und Ohren (NIEMEYER), der Augen (NEUBAUER), der Haut (SALFELD), der Frauenheilkunde (GEIPEL) sowie neurologische und psychiatrische Erkrankungen (SCHRAPPE). Die einzelnen Erkrankungen werden abgehandelt nach ihrer Ätiologie, nach den Besonderheiten der Zusammenhangsfragen in den einzelnen Versorgungsgebieten und nach den Grundsätzen der Beurteilung, die in diesen Gebieten gelten. Zu begrüßen das Tabellenmaterial zur Abschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit in den einzelnen Versicherungszweigen. Der Anfänger wird den Abdruck von Modellgutachten als Leit-schema dankbar empfinden, desgleichen Hinweise zur Liquidation. Das Buch dient der Verständigung zwischen Richter und ärztlichem Gutachter. Sie ist nicht immer leicht. Dies belegen die Beiträge des juristischen Mitautors und des Herausgebers. So berichtet HEUER in Übereinstimmung mit dem Gesetzestext und der Rechtsprechung, daß es in der Kriegsopferversorgung und der gesetzlichen Unfallversicherung genüge, die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs darzutun (S. 27). Demgegenüber vertritt MARX die Auffassung, daß die überwiegende Wahrscheinlichkeit in diesen Rechtsgebieten nachgewiesen werden müsse (S. 63). Besonders zu begrüßen ist die Behandlung der Verkehrstüchtigkeit aus der Sicht des Augenarztes

und des Psychiaters. Der Gerichtsmediziner bedauert, daß das große Gebiet der Begutachtung im Strafrecht ausgeklammert ist und die Begutachtung vor den Zivilgerichten nur angedeutet wird. Vollständigkeit wird indessen heute in einem kurzgefaßten Buch nicht mehr geboten werden können. Die Darstellung ist von der Konzeption und der Ausführung her gut gelungen. Die „Gutachten-Fibel“ schließt in verdienstvoller Weise eine bestehende Lücke. Sie wird, zumal auch wesentliche Literatur zitiert wird, dem Arzt eine wesentliche Hilfe bei der Erledigung von Gutachtaufträgen liefern.

LEITHOFF (Mainz)

● **L. Roche, J. J. David, L. Cotte et A. Saury: La médecine légale sociale.** (Collect. de Méd. légale et de Toxicol. médicale.) (Die forensische Sozialmedizin.) Paris: Masson & Cie. 1966. 247 S., 31 Abb. u. 43 Tab. F 39.—

Die Entwicklung der Sozialgesetze in allen Ländern hatte zur Folge, daß eine neue Disziplin entstand, die man in Frankreich forensische Sozialmedizin nennt. — Die Sozialmedizin beschäftigt sich mit den Verhältnissen zwischen Medizin und Öffentlichkeit; die gerichtliche Medizin gründet sich auf jene medizinische Kenntnisse, die das Recht und die Aufgaben zwischenmenschlicher Beziehungen betreffen. Der Zusammenhang zwischen Gerichtsmedizin und Sozialmedizin ist somit sehr eng verknüpft und gründet auch den Tittel des Buches. Die verschiedenen Aufgaben aber, die sich dem Arzt auf dem Sozialgebiet stellen, die Bedeutung und die Rechtsgrundlagen der Sozialversicherung stammen nicht nur aus dem Fach der Gerichtsmedizin, sondern auch aus demjenigen der Hygiene und der Arbeitsmedizin. Da ein großer Teil der täglichen Tätigkeit des praktischen Arztes dem Gebiet der Sozialmedizin gewidmet ist, sei es nur durch Ausstellung von Attesten und sonstigen Bescheinigungen, so ist es Aufgabe dieser verschiedenen Disziplinen, ihren Unterricht so zu gestalten, daß der zukünftige Arzt eine volle Übersicht auf diesem Gebiet erlangt. In ihrem Buch besprechen die Verf. sehr genau die verschiedenen Kapitel der rechtlichen Sicherungsformen in Frankreich: Organisation der Sozialversicherung, die wichtigen Gesetzgebungen, die Krankenversicherung, Familiensicherungen, Rentenversicherung, Altersversicherung, die Arbeitsunfälle, die industriellen und landwirtschaftlichen Berufskrankheiten, ihre Liste und Entschädigung, die französische Gerichtsbarkeit mit Regelung der möglichen Differenzen auf sozialmedizinischem Gebiet, Kriegsoffer und Soldatenversorgung, Sozialhilferecht usw. — Durch seine vollständige, klare Übersicht ist das Buch nicht nur zu empfehlen für den Studenten, der sein Studium absolviert, sondern auch für den praktischen Arzt; für ihn bildet es ein umfangreiches und wertvolles Nachschlagewerk des heutigen französischen Wissenstandes auf dem Gebiet der öffentlich-rechtlichen Sicherungsformen; auch der ausländische und nichtvertraute Leser mit den verschiedenen französischen Gesetzgebungen kann sich gut zurechtfinden.

WEIL

● **Berndt Gramberg-Danielsen: Sehen und Verkehr.** Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1967. VIII, 275 S. u. 38 Abb. Geb. DM 28.—

Das Buch kann als eine umfassende Darstellung der gesamten Probleme des Sehens im Straßenverkehr einschließlich des Teilgebietes der Beleuchtung, aber auch der Fragen des Sehens im Luftverkehr betrachtet werden. — Es gliedert sich in die Definition der einzelnen Begriffe und ihre Beziehungen zu den Anforderungen im Straßenverkehr, wobei auch die Untersuchungstechnik besonders besprochen wird. Speziell in dem Kapitel „Blendung“ wird die Nomenklaturschwierigkeit herausgestellt und damit eine der vielen Ursachen des Mißverständnisses zwischen Technikern, Juristen und Ärzten beseitigt. Relativ kurz abgehandelt ist das Kapitel „des Einflusses der Intoxikationen und der Medikamente auf das Sehen“. In dem Abschnitt über „Rechtsfragen“ werden einzelne einschlägige Gerichtsurteile besprochen und darüber hinaus die Problematik des ärztlichen Sachverständigen vor Gericht einschließlich der Frage der Schweigepflicht erörtert. Sehr wertvoll ist die umfassende Literatursammlung. Insgesamt stellt die Monographie ein nicht wegzudenkender Beitrag der gesamten Verkehrsmedizin dar.

PETERSOHN

● **Annual review of medicine.** Edit.: ARTHUR C. DE GRAFF. Assoc. edit.: WILLIAM P. CRÉGER. Vol. 17. (Medizinischer Jahresrückblick.) Palo Alto, Calif.: Annual Reviews 1966. 563 S. mit Abb. u. Tab. Geb. \$ 9.—

Wie in früheren Jahren haben die Herausgeber des Rückblicks Themen aus solchen Gebieten gewählt, in denen zwischenzeitlich die größten Fortschritte errungen wurden. So wurde neben zahlreichen internistischen Fragestellungen wie z. B. Schockbehandlung, Probleme der Herzschrittmacher, diabetische Angiopathie, Bilirubinstoffwechsel u. a. auch eine Reihe bakteriologischer Fragen abgehandelt. Außer Einzeldarstellungen aus verschiedenen Fachgebieten werden einige Kapitel immunologischen Fragen gewidmet. Bei der Fülle des Gebotenen verbietet sich ein

Eingehen auf Einzelheiten. Sämtliche 30 Beiträge sind durch umfangreiche, auf den letzten Stand gebrachte Literaturhinweise vervollständigt. Die Darstellungen sind gestrafft, gut leserlich und erlauben daher eine rasche Information.  
JUNGWIRTH (München)

**K.-J. Halbhuber und G. Geyer: Schnelleinbettung in Oxydwachs-Methacrylat.** [Anat. Inst., Univ., Jena.] Zbl. allg. Path. path. Anat. **109**, 293—297 (1966).

Die angegebene Einbettungsmethode in einem Gemisch von Oxydwachs und Methacrylat benötigt vom Beginn der Entwässerung bis zum fertigen Geweblöckchen einen Zeitaufwand von etwa 3 Std und gestattet Schnitte von 1—2  $\mu$  Dicke. Das Gewebe kann entweder in einer Alkoholreihe oder Polyäthylenglykol-Reihe entwässert werden. Bei Verwendung letzterer muß das Material zum Schluß in Aceton übertragen werden. Das so eingebettete Gewebe könne allen üblichen Färbungen und histochemischen Reaktionen ohne Einschränkung unterzogen werden.  
SCHÜRHOFF (Tübingen)<sup>oo</sup>

**Diethelm Boehme, Hermann Themann and J. Gold: Structural and ultrastructural changes in striated human muscle caused by chronic ischemia.** (Strukturelle und ultrastrukturelle Veränderungen der quergestreiften menschlichen Muskulatur bei chronischer Ischämie.) [Dept. Path., State Univ. of New York at Buffalo, Buffalo.] Amer. J. Path. **49**, 569—591 (1966).

Die Untersuchungen wurden lichtmikroskopisch an 35 und elektronenmikroskopisch an 11 unteren Extremitäten durchgeführt, deren Amputation wegen arteriosklerotischer Gangrän erfolgte. In den motorischen und sensorischen Nerven sind Demyelinisierungen und eine Schädigung der Axone zu beobachten. Die Muskulatur zeigt zeit Arten von Atrophie, die einmal nur einzelne Fasern, zum anderen Faserbündel betraf. Die Myofilamente sind dissoziiert, nicht mehr parallel angeordnet und zerbrochen. Die Z-Streifen gehen teilweise verloren. In einzelnen Gebieten sind die Mitochondrien und das Sarkoplasmareticulum noch erhalten, während in anderen Mitochondrienschäden vorlagen. Die nicht veränderten Mitochondrien werden der Denervationsatrophie zugeordnet, während die Mitochondrienschädigung durch eine Anoxie bedingt sein soll. Der Glykogengehalt ist im allgemeinen nicht verändert, teilweise sogar erhöht. Innerhalb der Fibrillen sind einzelne Siderosomen zu finden.  
H. DAVID (Berlin)<sup>oo</sup>

**G. Harrer: Vegetative Krisen in neurologischer Sicht.** [Landesnervenklin., Salzburg. (19. Österr. Ärztekongr., Van-Swieten-Ges., Wien, 8.—13. XI. 1965.)] Wien. klin. Wschr. **78**, 534—539 (1966).

Der Vortragende verweist einleitend auf die Entwicklung des Begriffes „vegetative Krisen“ und bezieht sich in der Folge auf die Einteilung der „vegetativen Anfälle“, die BROSER 1961 angegeben hat. Auf die wichtigste Gruppe der vegetativen Anfälle — nämlich die Anfälle bei Störungen der Kreislaufregulation — eingehend, wird pathogenetisch die akute cerebrale Hypoxie als gemeinsame Endstrecke herausgestellt. Auf die Möglichkeit, diese Störung experimentell durch eine Sauerstoffmangelbeatmung zu erzeugen und dabei die vegetativen Reaktionen sowohl bei Gesunden als auch in pathologischen Fällen polygraphisch zu registrieren und somit einen Einblick in das vegetative Regulationsgefüge zu erhalten, wird hingewiesen. Mit dieser Untersuchungsmethode ist eine differentialdiagnostische Abklärung der verschiedenen Untergruppen, z. B. durch Carotidruckversuch, Preßdruckprobe usw., möglich. Auf Grund der Vorgänge bei der vagotonen Kreislaufumstellung können vagokardiale und vagovasale Anfälle unterschieden werden. Die Untergruppen der vagovasalen Anfälle werden detailliert besprochen. Weiter wird die Symptomatik der sympathicovasalen Anfälle dargelegt. Aus der Gruppe vegetative Anfälle bei Störungen der Schlaf-Wach-Regulation werden, auf Grund einer typischen Krankengeschichte, die Anfälle beim Pickwick-Syndrom vorgestellt. Abschließend wird die Notwendigkeit der strengen Trennung der vegetativen Krisen von den Anfallsformen des epileptischen Formenkreises betont — wobei oft erhebliche differential-diagnostische Schwierigkeiten zu überwinden sind —, um die Voraussetzungen für eine optimale Therapie zu schaffen.

R. FISCHBACH (Salzburg)<sup>oo</sup>

**G. Schaper: Musikogene Epilepsie im Kindesalter.** [Univ.-Kinderklin., Münster i. Westf., Märk. Säuglings- u. Kinderklin., Hamm i. Westf.] Mschr. Kinderheilk. **115**, 47—50 (1967).

Die musikogene Epilepsie (= Auslösung cerebraler Anfälle durch das Hören von Musik) ist im Kindesalter außerordentlich selten. Sie wird ganz allgemein in die Gruppe der Reflex-

epilepsien eingereicht. Der Autor bringt Literatur, die bis 1884 zurückgeht, und schildert anschließend die Krankengeschichte eines männlichen Pat., der im Alter von 10 Jahren erkrankte, und zwar unmittelbar im Anschluß an ein Schädeltrauma. Nach etwa 16jährigem Bestehen der musikogenen Epilepsie kamen auch nachts spontan auftretende Anfälle hinzu. Therapie: Hydantoin und Primidon sowie verminderte Reizexposition. In der Diskussion werden die zahlreichen Variationen des musikalischen Reizes und die Vielfalt der klinischen Manifestationen angeführt. Die EEG-Ära brachte vorwiegend Veränderungen in der Temporallappenregion zutage.

GOTTFRIED ROTH (Wien)<sup>oo</sup>

**Inge v. Hedenström und Rudolf Dreyer: Gleichzeitiges Vorkommen von Absencen und psychomotorischen Anfällen bei einer Patientin.** [Klin. f. Anfallskrankh. Mara, Anst., Bethel.] *Nervenarzt* 38, 68—72 (1967).

Einleitend mit knappen Literatur-Hinweisen auf Wechsel des Anfallscharakters. Die Verff. berichten von einer 1943 geborenen Pat., bei der 1947 erste Absencen auftraten, die im Schulalter häufiger beobachtet wurden. Menarche mit 11½ Jahren. Mit 14 Jahren erster großer Anfall in den frühen Morgenstunden aus dem Schlaf heraus. Nach normal abgeschlossenem Schulbesuch Lehre, die abgebrochen werden mußte. Mit 16 Jahren Anstaltseinweisung. Es fanden sich leichtere Reflexanomalien, psychisch deutliche Verlangsamung, IA von 9 Jahren 4 Monaten. In der Anstalt Beobachtung großer Anfälle, von Absencen und auch häufiger von Anfällen von szenenhaftem Charakter. In EEG-Ableitungen konnten zunächst charakteristische spikes and waves einer Absence, 2 min später Hirnstrombilder, wie man sie bei psychomotorischen Anfällen findet, nachgewiesen werden. Solche Befunde ergaben sich auch bei Nachuntersuchungen ½ Jahr später. 4 Abb. der EEG-Ableitungen.

W. GÜNTHER (Rotenburg i. Hann.)<sup>oo</sup>

**Anfallskrankheiten, insbesondere Epilepsie. Therapiewoche 16, 1103—1109 (1966).**

Der den Anfallskrankheiten gewidmete Tag der 18. Deutschen Therapiewoche gab einen Überblick über die heutigen diagnostischen, differentialdiagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Neben einer optimalen Behandlung trage die Bekämpfung der gängigen Vorurteile gegenüber Anfallskranken dazu bei, die Gefährdung der sozialen und gesellschaftlichen Lage dieser Pat. zu verringern. Besondere Vorträge über „die Kraftfahrtauglichkeit von Anfallskranken“ (LEMPF, Tübingen), „der Anfallskranke in der Rechtsprechung“ (WITTER, Homburg a. d. Saar) über die „Überdosierungsfolgen bei Epilepsiebehandlung“ (FRIEDEL, Tübingen) sind angeführt.

ELISABETH MEIER-EWERT (Freiburg)<sup>oo</sup>

**U. Stephan: Zur Behandlung der Mukoviszidose, cystische Fibrose, beim Kind.** [Univ.-Kinderkl., Erlangen.] *Therapiewoche* 17, 1050—1053 (1967).

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesie und Wiederbelebung zur Organisation von Aufwachraum, Wachstation und der Intensivbehandlung am Krankenhaus.** *Anaesthesist* 16, 282—284 (1967).

Übersicht

**Erdwin Lahmann: Die Untersuchung von Luftverunreinigungen. I. Analysenmethoden.** *Bundesgesundheitsblatt* 10, 145—150 (1967).

Es wird die Bestimmungsmethodik für Gase wie Schwefeldioxid, Stickstoffoxide, Kohlenmonoxid, Schwefelwasserstoff, Fluorwasserstoff und Ammoniak sowie für organisch-chemische Gase und Dämpfe besprochen. Ferner wird auf die Methodik der Bestimmung von staubförmigen Luftverunreinigungen eingegangen. Für die SO<sub>2</sub>-Bestimmung in der Luft wird das Silikagel-Verfahren nach STRATMANN und das Tetrachloromercurat-Pararosanilinverfahren nach WEST und GÄCKE von der Kommission „Reinhaltung der Luft“ beim Verein Deutscher Ingenieure empfohlen. Die beiden Verfahren werden vom Verf. genau beschrieben. Für die Bestimmung von NO<sub>2</sub> in der Luft nutzt man die rote Azofarbstoffbildung aus, die Nitrit mit Sulfanilsäure und α-Naphthylamin bildet. Es lassen sich noch 0,07 µg NO<sub>2</sub> nachweisen. Zur Bestimmung von NO muß dieses Gas zuvor zu NO<sub>2</sub> oxidiert werden. Für die CO-Bestimmung werden kontinuierlich und registrierend arbeitende Geräte verwendet, die auf der Absorption infraroter Strahlung durch CO beruhen. Für Schnellbestimmungen höherer Konz. ist das Draeger-Prüfröhrchen geeignet. Schwefelwasserstoff wird in einer Cadmiumhydroxidsuspension unter Bildung von CdS<sub>2</sub> absorbiert und photometrisch über Molybdänblau oder Methylenblau bestimmt. Es lassen sich Konz. bestimmen, die unter der Geruchsschwelle liegen (etwa 40 µg/m<sup>3</sup> Luft). Fluorwasserstoff fängt man in verd. Natronlauge auf und treibt dann diesen mit H<sub>2</sub>O-Dampfdestillation ab in Lanthannitrat und Alizarin-Komplexon, die mit einer blauen Komplexverbindung reagieren.

Ammoniak wird in verd.  $H_2SO_4$  absorbiert und mit Nessler-Reagens bestimmt. Nachweisgrenze etwa  $5 \mu g NH_3/m^3$  Luft. Organisch-chemische Dämpfe wie Formaldehyd, Phenole, primäre Amine und ungesättigte Kohlenwasserstoffe können aus der Luft mittels der Gaschromatographie bestimmt werden. — Insgesamt 71 Literaturstellen über die einzelnen Verfahren sind angegeben.

E. BURGER (Heidelberg)

**R. Brickenstein: Panikproblem im Rahmen der Landesverteidigung.** Wehrmed. Mschr. 10, 305—314 (1966).

In einer für den Wehrpsychiater, Truppenärzte, aber auch Truppenführer gleich wichtigen Arbeit bringt der Verf. eine Fülle überaus instruktiver Einzelbeispiele von oft schlechtentscheidenden Paniken aus der Kriegsgeschichte aller Völker, aber auch bei Schiffsuntergängen. Interessanterweise hätten sich weder bei den Atombombenabwürfen in Hiroshima und Nagasaki noch in anderen Krisensituationen des Zweiten Weltkrieges schwerwiegende und schlichtentscheidende Paniken erkennen lassen, höchstens umgrenzte Panikreaktionen im Sinn von Schreckreaktionen. — Das Erscheinungsbild der Panik wird sorgfältig analysiert und definiert, wobei wichtig ist zu wissen, daß der akuten Panik meist eine charakteristische Panikstimmung vorausgeht. Besonders von Haus aus ängstliche, labile, minderbegabte oder zu neurotischen Reaktionen neigende Menschen würden leicht zu „Panikpersonen“. — Es wird schließlich noch unterschieden zwischen akuter und chronischer Panik sowie Panikäquivalenten. Durch gezielte Ausbildung könne eine Truppe weitgehend — wenn auch nicht völlig — panikfest gemacht werden. — Abschließend ist für die Truppenführung eine Art Gebrauchsanweisung mit einer Reihe zu empfehlender vorbeugender Maßnahmen, Verhaltensregeln bei Panikstimmung und Maßnahmen in der akuten Panik gegeben.

DÖHNER<sup>20</sup>

**M. Schär: Die sozialmedizinische Bedeutung der Heimunfälle.** [Inst. f. Soz.- u. Präv.-Med., Univ., Zürich.] Z. Präv.-Med. 12, 73—75 (1967).

Während vom plötzlichen Tod als Folge von Herzkrankheiten, Carcinomen und Arteriosklerose vor allem ältere Personen betroffen werden, verteilen sich die Sterbefälle als Folge eines Unfalles über die einzelnen Altersgruppen ziemlich gleichmäßig. In bezug auf die Folge von Verkehrsunfällen und Betriebsunfällen wurden umfangreiche Studien durchgeführt. Den Heim- und Hausunfällen ist bisher nicht die genügende Aufmerksamkeit entgegengebracht worden.

TRUBE-BECKER (Düsseldorf)

**J. Bickel: Wandlung und gegenwärtiger Stand der Unfallmortalität in der Schweiz.** [Inst. f. Soz.- u. Präv.-Med., Univ., Zürich.] Z. Präv.-Med. 12, 76—84 (1967).

Der Unfalltod gewinnt zusehends an Bedeutung, insbesondere als Folge der Verkehrsunfälle. Bei Verkehrsunfällen sind vor allen Dingen Männer im jüngeren Erwachsenenalter, bei Heim- und Hausunfällen Kinder und ältere Personen betroffen. Das mittlere Sterbealter beim Unfalltod liegt beim männlichen Geschlecht bei 48,9 Jahren. Verfn. macht auf die volkswirtschaftliche Bedeutung des vorzeitigen Todes als Unfallfolge aufmerksam. Als Folge der Abnahme von Infektionskrankheiten und der Zunahme des Unfalles als Todesursache hat sich diese Statistik beträchtlich geändert.

TRUBE-BECKER (Düsseldorf)

**R. Gysler: Erhebung über Heimunfälle.** [Inst. f. Soz.- u. Präv.-Med., Univ., Zürich.] Z. Präv.-Med. 12, 85—101 (1967).

Bei 150 erwachsenen Personen und 200 Kindern, die wegen eines Heimunfalles spitalärztlich behandelt werden mußten, wurden der Unfallhergang und die Unfallursachen durch Befragung und Inspektion des Unfallortes abgeklärt. Zahlenmäßig standen die Frakturen im Vordergrund. An zweiter Stelle folgten die Schnitt-, Stich- und Quetschwunden, gefolgt von den Verbrühungen. Verbrennungen und Vergiftungen wurden selten beobachtet. — Alle Unfälle ließen sich auf drei Ursachengruppen zurückführen: Auf menschliches Versagen, auf unzulängliche Einrichtungen und Gebrauchsgegenstände und auf körperliche Behinderungen. Als besonders gefährdet erwiesen sich die Kinder und die Betagten. — In Anbetracht der Häufigkeit und der nicht selten schweren Folgen von Heimunfällen sind auf die Unfallursachen gerichtete präventivmedizinische Maßnahmen erforderlich.

KNÜPLING (Bonn)

**E. von Burg: Praktische Aspekte der häuslichen Unfallverhütung.** [Schweiz. Beratsungsst. f. Unfallverhüt., Bern.] Z. Präv.-Med. 12, 130—136 (1967).

Die Verhütung von Heimunfällen beginnt bereits beim Hausbau (Fenster, Beleuchtung, „Verkehrswege“, Arbeitsplätze). Der Architekt halte sich stets vor Augen, daß sich im Hause

auch Kinder, Betagte oder Behinderte und Ortsunkundige aufhalten, welche erhöhte Unfallanfälligkeit zeigen. Einrichtung und Geräte müssen im Hinblick auf Sicherheit ausgewählt und unterhalten werden (Teppiche, Stühle, Küchenutensilien). Technik und Chemie können bei falscher Bedienung sehr gefährlich werden (offene Zentrifugen, schadhafte elektrische Apparate, diverse Drogisten- und Arzneimittel). Wesentlich ist auch das Sicherheitsdenken jedes einzelnen Hausbewohners; dieses muß gelernt werden. Die Ausführungen werden mit zahlreichen praktischen Beispielen und Schlagworten belegt.

HANSPETER HARTMANN (Zürich)

**K. Biener: Jugend und Unfallwissen.** [Inst. f. Soz.- u. Präv.-Med., Univ., Zürich.] Z. Präv.-Med. 12, 122—129 (1967).

In einer Befragung von 361 Lehrlingen zwischen 16—19 Jahren über „tödliche Unfälle von Kleinkindern und Jugendlichen zu Hause“ ergibt sich, daß der Sturz als gefährlichster Mechanismus allgemein erkannt wird. Verbrennung und Verbrühung sowie Vergiftung werden überschätzt. Der Ertrinkungstod des Jugendlichen und das Ersticken von Kleinkindern werden in ihrer Bedeutung dagegen stark unterschätzt. Hier muß zweifellos mit dem Schwergewicht der Unfallprophylaxe angesetzt werden: keine glatten Badewannen wegen Rutschgefahr; keine ungesicherten Schwimmbecken; frühzeitiger Schwimmunterricht; Vermeidung der Möglichkeit einer Aspiration von kleinen, harten, rundlichen Gegenständen oder von Ballons durch Kleinkinder oder Strangulation durch Schnüre, Kordeln, Bänder etc. 11 Literaturhinweise.

HANSPETER HARTMANN (Zürich)

**I. G. Vermeil: Logic errors in medico-legal evidence.** (Zu logischen Irrtümern bei gerichtsmmedizinischen Schlußfolgerungen.) Sudebnomed. eksp. (Mosk.) 10, Nr. 1, 26—30 (1967) [Russisch].

Bei der Durchsicht von 450 Akten wurden in mehr als 10% der Fälle fehlerhafte Schlußfolgerungen mit Verstößen gegen die Logik festgestellt. In den meisten Fällen wurde die gestellte Frage nicht beantwortet, sondern die Begutachtung ging an der Fragestellung vorbei. In anderen Fällen wurden bei Beantwortung der Frage nach der Todesursache definierte Begriffe wie Herzinfarkt durch Angabe der Folgezustände als Todesursache verwirrt. Bei der Begutachtung ärztlicher Kunstfehler wurde einfach mit Hinweis auf die Person des Arztes bemerkt, die medizinische Hilfe sei unzureichend gewesen, ohne auf unterlassene Maßnahmen einzugehen. Nach Angabe weiterer Beispiele wird zur Bekämpfung derartiger Fehler vorgeschlagen, in Vorbereitungskursen für Gerichtsmediziner eine minimale logische Ausbildung durchzuführen.

SCHWEITZER (Düsseldorf)

**Rapport et présentation du rapport au congrès de Sorrente (1961) sur la réparation du préjudice corporel.** (Bericht und Berichterstattung über Schadenersatz bei Körperbeschädigung [Kongress von Sorrent 1961].) Arch. Inst. Méd. lég. soc. Lille 1966, 141—146.

Trotz allgemeiner Auffassung stellt eine Begutachtung keinen wissenschaftlichen, sondern einen klinischen Akt dar. Dies bedeutet, daß gewisse Eigenschaften wie Forschungssinn, gesunder Menschenverstand, Rechtlichkeit, absolute Unabhängigkeit und Objektivität, Selbstkontrolle usw. dem Gutachter eigensein müssen. Der ideale Sachverständige müßte noch dazu diesen besonderen Sinn besitzen, den wir gerichtsmmedizinische Denkweise nennen, und den er nur durch gründliche Bildung in der Begutachtungskunde erreichen kann. Die Wahl eines vom Gericht ernannten Gutachters bildet somit den Grundpfeiler für ein unantastbares Gutachten; leider wird dies von gewissen Gerichten im In- und Ausland nicht immer in Betracht gezogen. Da es nicht immer möglich ist, die Entschädigung, die zahlreichen Ansprüche und das Schmerzensgeld in Zahlen auszudrücken, so muß man beim Aufbau des Gutachtens versuchen, den Fall dem Richter klar vorzulegen. An Hand verschiedener Beispiele zeigt Verf., daß man so Unmögliches mit Möglichem vereinbaren kann.

WEIL (Strasbourg)

**E. Reblin: Der medizinische Sachverständige und seine Entschädigung.** Eine Betrachtung zu §§ 3, 5, 8 des Gesetzes über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen (GEZS). Med. Sachverständige 63, 163—168 (1967).

**J. Gottschick: Sachverständige und ihre Auftraggeber.** Med. Sachverständige 63, 154—162 (1967).

**ZPO §§ 406, Abs. 5, 568 Abs. 1 (Zulässigkeit der Beschwerde gegen Beschlüsse der Landgerichte als Berufungsinstanz; hier: Ablehnung von Sachverständigen.)** Der Beschluß des Landgerichts als Berufungsgericht, durch welchen die Ablehnung eines Sachverständigen für unbegründet erklärt wird, ist mit der sofortigen Beschwerde anfechtbar. [OLG Celle, Beschl. v. 31. 1. 1967 — 10 W 92/66.] Neue jur. Wschr. 20, 1474 (1967).

**ZuSEG § 3 Abs. 3 a (Entschädigung von Sachverständigen, hier: erhöhter Stundensatz wegen Auseinandersetzung mit der wissenschaftlichen Lehre).** Ein Auseinandersetzen mit der wissenschaftlichen Lehre erfordert, daß der Sachverständige zu einer Mehrzahl wissenschaftlicher Meinungen kritisch Stellung nimmt und aus ihnen in bezug auf den konkreten Fall seine Schlüsse zieht. [OLG Hamm, Beschl. v. 31. 3. 1967 — 15 W 5/67.] Neue jur. Wschr. 20, 1519—1520 (1967).

**StPO § 79 Abs. 1 (Nichtvereidigung des Sachverständigen).** Nichtvereidigung des Sachverständigen ist die gesetzliche Regel. Es bedarf keines ausdrücklichen oder stillschweigenden Beschlusses, wenn das Gericht nach dieser Regel verfährt. [BGH, Urt. v. 22. 2. 1967 — 2 StR 2/67 (LG Saarbrücken).] Neue jur. Wschr. 20, 1520 (1967).

**Manfred Benz: Neurose und Selbstmord in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und des Bundesgerichtshofs.** Neue jur. Wschr. 20, 654—659 (1967).

Die zivil- und die sozialversicherungsrechtliche Judikatur sind in der Neurosen- und Selbstmordbeurteilung ganz verschiedene Wege gegangen. — Überlegungen, ob sich von einer Begrenzung der Kausalität her die Rechtseinheit in der Rechtsprechung zur Entschädigungspflicht der Neurosen wiederherstellen lasse (vgl. hierzu unter anderen PESCH, NJW 1958, 1074ff.), haben sich nach BENZ als Irrwege herausgestellt, da sich die Kausalität „Ohne Unfall keine Unfallneurose“ in all diesen Fällen nicht verneinen lassen. — Juristen und Mediziner müssen sich damit abfinden, daß die rechtliche Beurteilung von Neurosen und ähnlichen Erscheinungen in beiden Rechtszweigen zu unterschiedlichen Ergebnissen führt, zudem sei die Entwicklung auch schon de lege lata nicht mehr zu ändern. — Rentengewährung ist somit im Sozialrecht vertretbar, wenn das Schadensereignis für die psychische Störung unersetzlich ist, Rehabilitation nicht zum Tragen kommt oder kam, eine definitive Rentenversagung die seelische Störung nicht beseitigt und ausgeschlossen bleibt, daß die psychogenen Störungen vorgetäuscht werden oder nur gelegentlich auftreten, zudem müssen sie ein rentenberechtigendes Ausmaß aufweisen. Immer trägt der Antragsteller die Beweislast bzw. objektive Feststellungslast. — Der BGH hat in ständiger Rechtsprechung ausgeführt, daß der Schädiger grundsätzlich auch Beeinträchtigungen zu ersetzen hat, die auf einer durch die Körperverletzung ausgelösten seelischen Störung des Betroffenen beruhen. Treffen die Unfallfolgen einen Menschen, der schon vor dem Unfall geschwächt, kränzlich oder nervös veranlagt war, so wird hierdurch der adäquate Zusammenhang nicht von vornherein ausgeschlossen. Haftungsbegrenzungen ergeben sich trotz adäquater Verursachung aus § 254 BGB und bei den Tendenzneurosen. — Der BGH postuliert eine generelle, das BSG eine individuelle Betrachtungsweise, hinzu treten grundsätzliche Divergenzen, die sich aus Kausalitätsnormen und ihrer rechtstheoretischen Anwendung herleiten. In Fragen der Suicidbewertung gilt für die KOV, daß ein ursächlicher Zusammenhang nach dem BVG nur anerkannt wird, wenn der Selbstmord in einem die freie Willensbestimmung wesentlich beeinträchtigenden Zustande begangen ist (BSG v. 11. 11. 59 — BSGE 11, 50 = NJW 1960, 406; Anforderungen, „seinen Willen gemäß den Gegebenheiten der Situation zu steuern.“) — Für die UV gilt, daß ein Suicid rechtlich wesentlich auch durch einen Unfall verursacht sein kann (vgl. WILLE, VersR. 1956, 147 ff., BSG v. 18. 12. 62, BSGE 18, 163 = NJW 1963, 1691). Für die Annahme einer Kausalität i. S. des Unfallrechtes („wesentliche Ursache“) ist erforderlich, daß der Suicid in einem durch den Unfallverursachten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit erfolgte. „Selbstmord ist psychische Reaktion auf den Unfall, das Unfallgeschehen und die Unfallverletzung.“ Damit stellt sich das Unfallrecht in der Suicidfrage als wesentlich „fortschrittlicher“ als das der KOV dar. — Der BGH hat (BGH v. 10. 6. 58 = NJW 1958, 1579) betont, daß nur für die Renten- und Rechtsneurosen der Schadenersatzpflicht des Schädigers eine Grenze gesetzt sei. Bei der Einschätzung der Unfallwirkung dürften die in der Persönlichkeit des Betroffenen und seiner wirtschaftlichen Situation liegenden Umstände nicht unberücksichtigt bleiben, allerdings brauche auch



eine psychogene Überlagerung den ursächlichen Zusammenhang nicht in Frage zu stellen. Für das Zivil- und Unfallrecht stellt sich also hinsichtlich des Suicids eine weitgehende Übereinstimmung dar.

G. MÖLLHOFF

**Karlheinz Heuer: Der Suicid.** [10. Fortbildungsk., Soz.-Med. Begutachtungskunde f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 5.—7. X. 1966.] *Med. Sachverständige* 63, 109—114 (1967).

Verf. legt an Hand der Rechtsprechung die Bedingungen dar, welche in der Sozialversicherung und der Kriegsopferversorgung bei der Beurteilung von Suicidfällen beachtet werden müssen. Die Rechtsordnung geht grundsätzlich von der Möglichkeit kausaler Beziehungen zwischen exogenen Faktoren und Suicid (SM) aus und gewährt hierauf basierende Entschädigungsansprüche. Ist der SM „absichtlich“ (d. h. also nicht nur „vorsätzlich“) herbeigeführt, so ist ein Entschädigungsanspruch im KOV-Bereich dann auszuschließen, wenn nicht eine Beeinträchtigung der freien Willensbestimmung durch militäreigentümliche Tatbestände wahrscheinlich ist. H. weist darauf hin, daß der medizinische Gutachter, der die Frage der freien Willensbestimmung und ihrer Einschränkung beantwortet, sich hierbei auf einen Boden begeben, der nicht mehr als „wertfrei“ im Sinne seiner Wissenschaft angesehen werden könne.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

**E. Ringel: Sozialmedizinische Probleme beim Selbstmord.** [Psychiat.-Neurol. Klin., Univ., Wien.] [10. Fortbildungsk., Soz.-Med. Begutachtungskunde f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 5.—7. X. 1966.] *Med. Sachverständige* 63, 114—120 (1967).

Die Entscheidung für den Selbstmord fällt in der Person, es ist kaum eine innere oder äußere Situation denkbar, die diesen Entschluß objektiv unabdingbar „erzwingt“. Zweifellos führen aber oft schwere persönliche Fehlentwicklungen wie auch exogene Belastungen zum Suicid; die Ursachen werden sich daher meist in der Person des Suicidenten, Motive dagegen in Umweltgegebenheiten abzeichnen; unrichtig wäre es aber, in jedem Selbstmörder einen „Neurotiker“ zu sehen. Entscheidende Faktoren sind emotionaler Druck, innere Erschütterungen, morbogene oder überwiegend exogen bedingte Einengungen des Erlebnisfeldes und des affektiven Bereiches mit hieraus sich ableitenden Fehldeutungen der Realität, falschen Akzentsetzungen, Isolation (Entwurzelung, Einwanderersituation, Stadt-Landumsiedlungen, Flüchtlingsdasein), Krankheit und auch die Abgrenzung vom gewohnten Leben, wie sie etwa der Wehrdienst mit sich bringt. Materielle Not ist selten allein von wesentlicher Bedeutung. Bei Männern spielen Störungen in der Berufswelt, bei Frauen familiäre Spannungen eine wichtige Rolle. Daneben sind einzelne Wochentage mit Suicidgipfeln zu beobachten: Montag mit der Konfrontation zur Arbeit, Freitag mit der Belastung durch ein arbeitsfreies Wochenende. Alkoholismus steht hinsichtlich äußerer Einflüsse an zweiter Stelle; besonders gefährdet sind daneben alte Menschen über 60 Jahre (ein Drittel der Suicidfälle des Autors, vgl. Isolation). Politische Zeitströmungen spiegeln sich in den Statistiken des Suicids; in Wien fanden sich 1938 und 1945 Gipfel bis 2000 Fällen gegenüber 400—600 Fällen in den übrigen Jahren.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

**E. Ringel: Der gegenwärtige Stand der Selbstmordprophylaxe in Wien.** [Psychiat.-Neurol. Univ.-Klin., Wien.] *Nervenarzt* 38, 93—97 (1967).

Die Selbstmordprophylaxe in Wien liegt in der Hand dreier Institutionen, der „Lebensmüdenfürsorge“ (Caritas), der psychiatrischen Klinik und eines Intoxikationszentrums. Die Versorgung von Suicidpat. umfaßt nicht nur die Beseitigung der akuten Intoxikationsfolgen, psychiatrische Diagnostik und unmittelbar anschließende Therapie, sondern auch eine Nachbetreuung. Unter 50 Selbstmördern hatten 14 Pat. vor dem erfolgreichen Suicid schon insgesamt 29 Suicidversuche unternommen. Allgemein wurde eine Rückfallquote von 10—20% gefunden. Nach Einrichtung einer zentralen Entgiftungsstation innerhalb der psychiatrischen Klinik stieg der Anteil der dort Behandelten von 35 auf 70% aller gemeldeten Selbstmordversuche. Die Mortalität der Schlafmittelvergiftungen sank von 3,5 auf 1%. Diagnostisch handelte es sich um 4 Patientengruppen: endogene Depressionen, Pat. mit Altersproblemen, Neurotiker und Alkoholiker. Die Nachbetreuung liegt in den Händen der Lebensmüdenfürsorge, jedoch behalten nur 40% der Pat. über längere Zeit Kontakt mit den Fürsorgerinnen: Trinker scheiden aus, da für sie gesonderte Einrichtungen bestehen, ein Teil der Pat. bleibt längere Zeit in der Klinik, ein anderer Teil hält seine Probleme für gelöst, wendet sich aber spontan wieder an die Lebensmüdenfürsorge, wenn neue Schwierigkeiten auftauchen. Der konfessionelle Charakter der Einrichtung könnte manchen Menschen die Kontaktaufnahme erschweren. Von den über längere Zeit nachbetreuten Pat. unternahmen nur 2% erneut einen Suicidversuch, dagegen rekrutierten sich die erfolgreichen

Suicide fast ausschließlich aus jenen 60%, die über eine erste Kontaktaufnahme mit der Lebensmüdenfürsorge nicht hinausgekommen waren. Prophylaktisch betreut werden Menschen, die sich selbst an die Lebensmüdenfürsorge wenden oder ihr gemeldet werden, sowie Angehörige von Familien, in denen Suicide vorgekommen sind. Insgesamt ist die Selbstmordquote von 35 auf 100000 im Jahre 1953 auf 26 im Jahre 1964 zurückgegangen. Dies wird wenigstens zum Teil als Erfolg der beschriebenen Maßnahmen und Institutionen angesehen. K. BÖHMKE (Lübeck)<sup>oo</sup>

**Eberhard Lungershausen: Suicide und Suicidversuche bei Schülern.** [Psychiat. u. Nervenclin., Univ., Bonn.] Z. Präv.-Med. 11, 414—433 (1966).

Es handelt sich um eine statistische Untersuchung im Gebiet des Landes Nordrhein-Westfalen im Zeitraum 1958—1964. Sie bezieht sich auf Schüler jenseits des 10. Lebensjahres. — Verf. errechnet eine Suicidhäufigkeit von 1,8 auf 100000 Schüler. Die Häufigkeit von Suicidversuchen liegt bei 2,9 auf 100000. Die tatsächliche Häufigkeit von Suicidversuchen, die sich aus diesen Zahlen ableiten läßt, liegt beträchtlich höher. Sie wird auf 29 pro 100000 geschätzt. Die Zahlen innerhalb der Berichtsjahre bleiben im wesentlichen konstant. Bei den Suiciden verhalten sich männliche zu weiblichen Schülern wie 3 zu 1. Das Verhältnis bei entsprechenden Suicidversuchen beträgt 1 zu 2. Im Alter von 14—18 Jahren erreichen die Suicidversuche bei Mädchen ihren Kulm. Die Zahl liegt  $3\frac{1}{2}$ mal höher als die der männlichen Schüler. In diesem Zeitraum sinkt der Anteil der Mädchen an Suiciden auf ein Minimum. Diese Zahlen lassen den Verf. vermuten, daß ein großer Teil dieser Suicidversuche nicht von einem echten Todeswunsch getragen wurde, sondern mehr als Appell an die Umgebung aufzufassen ist. — Bis zum 14. Lebensjahr spielen bei beiden Geschlechtern Suicide und Suicidversuche keine nennenswerte Rolle. Danach kommt es zu einem raschen Anstieg mit einem Gipfel in der Altersgruppe von 19—20 Jahren. Ähnliche Verhältnisse gelten für die Suicidversuche. Der starke Anstieg der Suicidkurve bei männlichen Schülern jenseits des 17. Lebensjahres läßt an Zusammenhänge mit dem bevorstehenden Abitur denken. In diesem Sinne sprechen auch die Suicidmotive, bei denen Schul-schwierigkeiten an erster Stelle standen. Das gilt besonders für die Suicide nach dem 18. Lebensjahr, die zumeist sehr ernst gemeint sind. Viele derartiger Suicide wären nach Meinung des Verf. zu vermeiden gewesen, wenn der Mißerfolg in der Schule nicht von der Umgebung des Schülers überbewertet und in ein Ereignis umgemünzt würde, das ihn zum Versager für den Rest seines Lebens stempelt. Bei Mädchen gelten diese Zusammenhänge nicht, weil Mißerfolge in der Schule von der Umgebung nicht so ernst genommen werden. — Suicidhandlungen aus „Liebeskummer“ gewinnen beim Mädchen erstmalig in der Altersgruppe 15—16 Jahre Bedeutung, bei manchen Schülern in der Altersgruppe 17—18 Jahre. Hier und bei Motiven wie „Angst vor Strafe“, „familiäre Schwierigkeiten“ überwiegen die Suicidversuche gegenüber den Suiciden. Das Mißlingen vieler Suicidversuche —  $\frac{3}{4}$  aller mißlungenen Versuche wurden mit Medikamenten durchgeführt — wird teilweise auf mangelhafte Kenntnisse bezüglich der verwendeten Medikamente zurückgeführt. A. ASMUSSEN (Hubertusburg)<sup>oo</sup>

**W. Oberwittler: Die Beurteilung der Krafffahrtauglichkeit bei Trägern eines künstlichen Herzschrittmachers.** [Med. Klin. u. Poliklin., Univ., Münster.] Mschr. Unfallheilk. 70, 130—134 (1967).

In der vorliegenden Arbeit werden zunächst die Fortschritte dargestellt, die in der Behandlung des Adams-Stokes-Syndroms durch die Implantation von künstlichen Schrittmachern erzielt worden sind. Es wird dargestellt, wie vorteilhaft sich die Ergebnisse der neuen Therapie, die den Kranken in den meisten Fällen ein anfallsfreies Leben und beschränkte körperliche Belastung ermöglichen, gegenüber der viel höheren Morbidität und Mortalität bei konservativer Behandlung, abheben. Es wird jedoch auch dargestellt, wie der großen Zahl erfolgreicher Behandlung noch eine Reihe nicht vorhersehbarer Versager gegenübersteht, die das Urteil über die Fahrtauglichkeit ungünstig beeinflussen müssen. Auch hinsichtlich Lebensdauer der Batterie, Bruchsicherheit der Elektroden und ähnlichen technischen Versagern sind noch manche Wünsche offen. Komplikationen wie Thrombosen mit multiplen Lungenembolien, Kammerflimmern, Elektrodendislokation und Dissoziation des Schrittmacherimpulses mit vorübergehender cerebraler Asphyxie oder Spannungsabfall der Batterie mit nachfolgendem Adams-Stokes-Anfall werden immer wieder beobachtet. Außerdem muß beobachtet werden, daß bei dem Adams-Stokes-Kranken trotz des Schrittmachers Komplikationen allein schon durch die fortschreitende arteriosklerotische Degeneration des Herzmuskels zu erwarten sind. Es wird deswegen festgestellt, daß die ärztlichen Bedenken gegen die Fahrtüchtigkeit eines Schrittmacherträgers auch beim heutigen Stand der Kenntnisse noch zu groß sind, um einer Fahrerlaubnis zustimmen zu können.

Es wird empfohlen, daß schon der behandelnde Arzt dem Kranken auch bei guter Schrittmacherfunktion vom Steuern eines Kraftwagens abrät. KÖNINGER (Stuttgart)<sup>oo</sup>

**A. Stams: Weiterer Beitrag zu gegensätzlichen Resultaten bei der Farbsinnprüfung.** [Med. Dienst d. Verkehrswes. d. DDR, Greifswald.] *Verkehrsmedizin* 13, 406—408 (1966).

Beschreibung von 2 Fällen mit Anomalquotient von 2,5 bzw. 4,0, welche teilweise die Pigmentproben sämtlich fehlerlos lasen, teilweise nur ganz vereinzelte Fehler machten. Auf die Bedeutung des Formensinns und der überschnittlich trainierten Helligkeitsempfindlichkeit der Farbenuntüchtigkeit für die Differenzierung feinerer Farbunterschiede wird hingewiesen.

E. HEINSIUS (Hamburg)<sup>oo</sup>

**StVZO § 3 Abs. 2 (Gutachteneinholung als selbständig anfechtbarer Verwaltungsakt).** Die behördliche Anordnung nach § 3 Abs. 2 Satz 1 StVZO gegenüber dem Inhaber einer Fahrerlaubnis, bezüglich seiner körperlichen oder geistigen Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen ein amts- oder fachärztliches Zeugnis beizubringen, ist ein von dem Betroffenen im Verwaltungsrechtsweg anfechtbarer Verwaltungsakt. [VGH Kassel, Urt. v. 25. 1. 1967 — OS II 100/66.] *Neue jur. Wschr.* 20, 1527—1529 (1967).

**G. Richter: Richtlinien über die ärztliche Untersuchung und Beurteilung von Kraftfahrzeugführern.** *Dtsch. Gesundh.-Wes.* 22, 1427—1429 (1967).

**E. Lange: Richtlinien über die ärztliche Untersuchung und Beurteilung von Kraftfahrzeugführern.** Antwort auf die Diskussionsbemerkungen von G. RICHTER. [Neurol.-Psychiat. Klin. u. Poliklin., Med. Akad., Dresden.] *Dtsch. Gesundh.-Wes.* 22, 1429—1430 (1967).

**H. Reisner: Apoplektischer Insult und Gefäßsklerose im Hinblick auf die Kraftfahrmedizin.** [I. Abt., Städt. Neurol. Krankenh., Wien.] [Weltkongr. f. Kraftfahrmed., Wien, 9. V. 1967.] *Wien. med. Wschr.* 117, 741—745 (1967).

Übersicht.

**H. Hartwig: Der schriftliche Einspruch gegen den Fahrerlaubnisentzug; ein Dokument der Kraftfahrerpersönlichkeit.** [Aus dem Medizinischen Dienst des Verkehrswesens der DDR — Zentrales Institut für Verkehrsmedizin, Abt. für Neurologie und Psychiatrie.] *Verkehrsmedizin* 14, 1—29 (1967).

Aus den zahlreichen, beim Zentralinstitut für Verkehrsmedizin in Berlin eingegangenen Einsprüche gegen die Aberkennung der Kraftfahrtauglichkeit wurden Beispiele herausgewählt und psychologisch ausgewertet. Die Schreiber der Beschwerdebriefe waren zwischen 18 und 77 Jahre alt. Die Briefe lassen drei Schwerpunkte erkennen. 1. Argumente, die das Unrechtmäßige des Fahrerlaubnisentzuges herausstellen (monatelang unfallfrei gefahren, keine richtige Untersuchung, nicht im Stadtverkehr fahren). 2. Konsequenzen, die als Druckmittel mitgeteilt werden (Presse benachrichtigen, keinen Wehrdienst leisten, schwarz zu fahren, sich das Leben nehmen). 3. Begründung der Notwendigkeit einer Fahrerlaubnis (professionelle Gründe, körperliche Entlastung, Qualifizierung, Repräsentation).

E. MÜLLER (Leipzig)

**P. Muller, L. Lenoir et Ch. Blond: Les examens médicaux en vue de la délivrance des permis de conduire.** (Die ärztlichen Untersuchungen für die Führerscheinerteilung.) *Arch. Inst. Méd. lég. soc. Lille* 1965, 185—189.

Der motorisierte Straßenverkehr wird sich bis zum Ende unseres Jahrhunderts verdoppeln und zunächst mindestens bis in die Jahre 1976—1980 die gegenwärtige Steilheit seines Anstieges beibehalten. Daraus formulieren die Autoren eingangs das „Recht auf den Straßenverkehr“, welches mehr und mehr ein so vitales Recht wird wie das „Recht auf Arbeit“. Die Schwierigkeit entspringt aber aus der wahllosen Zulassung ohne Rücksicht auf Lebensstil, Ausbildung und intellektuelle Fähigkeit. — Die ärztliche Prüfungskommission, aus zwei beideten Ärzten bestehend, hat vor allem Fahrer schwerer LKWs und öffentlicher Transportmittel zu untersuchen, aber auch Taxilenker und Fahrschullehrer sowie Lenker von Tourismusfahrzeugen, die zurückgestellt oder denen der Führerschein vorübergehend entzogen wurde. Theoretisch sind die Untersuchungen einfach, in der Praxis bestehen aber sehr erhebliche Schwierigkeiten, insbesondere in

Fällen scheinbarer Gesundheit, körperlicher Behinderung und bei Alkoholikern. — Im Hauptteil des Artikels befassen sich die Autoren mit der Insuffizienz der einzelnen klinischen Untersuchungen; insbesondere bei Dissimulation des Kandidaten sind zahlreiche Leiden nicht erfassbar. Jede klinische Untersuchung ist nur imstande, einige wenige Krankheiten des befallenen Organs erkennen zu lassen. Am schwierigsten ist die Beurteilung des psychischen Zustandes. Unter 233 Ablehnungen wurden weit mehr als die Hälfte, nämlich 134, wegen Sch Fehlern ausgesprochen, aber nur 15 wegen des Geisteszustandes. — Bei Körperbehinderten ist unsere Stellung „delikat“. Einem jungen Rechnungsbeamten mit Agenesie beider Daumen mußte auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen der Führerschein verweigert werden; erst nach Anschaffung von Ersatzdaumen, die ihn mehr behinderten, war es möglich, ihm den Führerschein zu erteilen. — Bei Alkoholikern liegt die Schwierigkeit darin, daß sie in nüchternem Zustand häufig normal zu sein scheinen; ist der Alkoholismus bekannt, so ist es zweckmäßig, den Führerschein nur befristet auszustellen. — In der Diskussion wird betont, daß ein Großteil der im Erlaß vom Februar 1964 aufgezählten Behinderungsgründe der Untersuchung entgehen, wenn der Kandidat nicht zur Zusammenarbeit bereit ist. Selbst die Erfüllung der ärztlichen Mindestforderung nach routinemäßiger Durchführung von EKG und EEG, die „extrem“ teuer kommen würde, würde nur einen auf wenige Krankheiten beschränkten Teilerfolg darstellen. — Abschließend geben die Autoren zu überlegen, ob die Schwierigkeiten nicht durch eine Begrenzung der Höchstgeschwindigkeit auf 60 km/h gelöst werden könnte; zu diesem Zweck müßten die Fahrzeuge solcher Lenker plombiert werden. Ein anderes Problem, das aber nicht diskutiert wird, wäre die Fahrtauglichkeitsüberprüfung von Unfallopfern mit Schädelverletzungen oder Defektheilungen: „Er behält seinen Führerschein, aber er ist gefährlich geworden.“ Dem umrissenen Fragenkomplex muß ständig weitere Aufmerksamkeit zugewendet werden.

H. MAURER (Graz)

**F. Liedemit: Probleme der optisch-visuellen Informationsaufnahme und -verarbeitung im Zusammenhang mit der Reaktionszeitmessung in Wahlsituationen.** [Inst. Optik u. Spektroskop., Dtsch. Akad. d. Wiss., Berlin.] Verkehrsmedizin 13, 51—84 (1966).

In einer interessanten Studie über die quantitative Erfassung der Leistungsfähigkeit des optisch-visuellen Sinnesapparates bei der Rezeption und Verarbeitung optischer Signale diskutiert der Autor an Hand des vorliegenden Schrifttums Fragen der menschlichen Informations- und Wahrnehmungskapazität. Echte Vergleiche mit technischen informationsverarbeitenden Systemen, die eine konstante Durchlaßfähigkeit („Kanalkapazität“) besitzen, sind trotz gewisser Übereinstimmungen in manchen Punkten nicht möglich, da der Wahrnehmungsapparat des Menschen ungleich komplizierter und in seinen Leistungen variabler ist. Die Anwendung informationstheoretischer und kybernetischer Methoden verspricht, wie an Hand von Beispielen anschaulich demonstriert wird, dennoch wichtige Erkenntnisse bei der Aufhellung noch strittiger Probleme und läßt Einblicke in die besondere Eigenart der Funktionsweise lebender biologischer Systeme zu. Dies ist um so wichtiger, als die Anforderungen, die Berufstätigkeit und Straßenverkehr heute an das Wahrnehmungsvermögen des Menschen stellen, z. T. bereits in der Grenzzone der Leistungsfähigkeit liegen.

LUFF (Frankfurt a. M.)

**G. D. Chernobrodov: Sudden death of a driver from myocardial infarction causing a traffic accident.** (Tödlicher Verkehrsunfall eines Autofahrers infolge Herzinfarkt.) [Rasansker Institut für gerichtsmedizinische Begutachtung.] Sudebnomed. exp. (Mosk.) 10, Nr. 1, 51—52 (1967) [Russisch].

Es wird über einen 37jährigen Autofahrer berichtet, der mit seinem Fahrzeug gegen einen Baum fuhr. Die Sektion ergab eine allgemeine stenosierende Coronararteriosklerose und einen frischen Herzinfarkt in der linken Herzwand und im Zwischenkammerseptum. Der Betreffende soll längere Zeit ohne Pausen am Steuer gesessen haben. Dieser Umstand soll die Auslösung des Infarktes herbeigeführt haben. Ein zum Zeitpunkt des Todes festgestellter Blutalkoholspiegel von 2,27<sup>0</sup>/<sub>00</sub> wird nicht in die Diskussion einbezogen.

E. MÜLLER (Leipzig)

**H.-G. Niebeling, K. H. Sommer und H.-J. Laux: Anwendung der drahtlosen Übertragung von Elektroenzephalogrammen im Verkehrswesen.** [Forsch.-Außenst., Neurochir. Klin., Univ., Leipzig.] Verkehrsmedizin 14, 149—156 (1967).

**Konrad Füchsel: Zum Anerkennungsverbot bei Verkehrsunfällen.** Neue jur. Wschr. 20, 1215—1216 (1967).

In der Rechtsprechung spielt das in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen enthaltene Verbot für den Versicherungsnehmer, ohne Zustimmung des Versicherers die Verpflichtung zum

Schadensersatz anzuerkennen, eine erhebliche Rolle. Verursacher eines Verkehrsunfallschadens möchten oft durch die Anerkennung der Ersatzpflicht polizeiliches Einschreiten mit allen daraus folgenden Wirkungen verhindern. Das Anerkennungsverbot wird von den einen für eine veraltete Vorschrift, die dem modernen Verkehr und seinen Bedürfnissen nicht gerecht wird, von den anderen für eine dem Interesse der Versicherer und der Gesamtheit der Versicherungsnehmer dienende, unentbehrliche Regelung gehalten. Verf. weist vor allem darauf hin, daß die in der Praxis üblichen Formulierungen des Anerkenntnisses kein Schuldanerkennnis im Sinne des § 781 BGB darstellen, sondern nur die Bestätigung eines Fehlverhaltens und dessen rechtliche Beurteilung; bei diesen letzteren Erklärungen handelt es sich nur um Beweismittel ohne rechtliche Bindungswirkung.

K. HÄNDEL (Waldshut)

**H. M. Wegmann, K. E. Klein und H. Brüner: Die Auswirkung fliegerischer Belastung auf einige Blutkomponenten.** [Inst. Flugmed., Dtsch. Versuchsanst. f. Luft- u. Raumfahrt, Bad Godesberg.] *Int. Z. angew. Physiol.* **23**, 293—304 (1967).

Beim Fliegen mit Hochleistungsstrahlflugzeugen wird der Organismus des Piloten einer besonderen Belastung ausgesetzt, die in ihren Auswirkungen stoffwechselfähig noch ungenügend geklärt ist. Mit Hilfe von biochemischen Parametern, die enge Relationen zu metabolisch-endokrinologischen Aktivitäten im Organismus aufweisen, untersuchten Verf. bei 8 Piloten eines Umschulungskurses auf den Flugzeugtyp F 104 G die Auswirkungen der Belastung auf das Stoffwechselfgeschehen. Als Parameter für die Auswirkung der Belastung dienten die 11-OH-Corticosteroide (11-OH-CS), die Aktivitäten von vier Zellenzymen [Malat-Dehydrogenase (MDH), Glutamat-Oxalacetat-Transaminase (GOT), Glutamat-Pyruvat-Transaminase (GPT), Fructose-1,6 diphosphat-Aldose (ALD)], Blutzucker (BZ), Ascorbinsäure (ASC) und Adenosin-5-triphosphat (ATP). Es wurde die Änderung ihrer Konzentrationen im Blut zwischen einem definierten Ausgangswert und den Belastungswerten bestimmt. Auf Grund der erzielten Resultate kommen Verf. zu folgenden Schlußfolgerungen: Zwischen dem Ausmaß der Reaktionen einzelner Parameter und dem Belastungsgrad bestehen Zusammenhänge, wobei die Parameter sich in ihrer Ansprechbarkeit unterscheiden. Die empfindlichsten Indikatoren für die Belastungsintensität waren 11-OH-CS, MDH und GPT, die unempfindlichsten GOT und ATP. Das Verhalten von ALD, ASC und BZ war nicht eindeutig. In einigen Fällen kam es durch die Belastung der Piloten beim Fliegen mit dem Starfighter zu Reaktionen, die nicht mehr im klinischen Normalbereich lagen. Aus den gefundenen Extremwerten schließen Verf., daß es unter den gegebenen Belastungsbedingungen in einigen Fällen zu Störungen im Stoffwechsel des Gesamtorganismus oder einzelner Organe und zu Entgleisungen regulierender Systeme im Körper des Piloten kommen kann, vor allem während der Nachtstunden, die die Leistungsfähigkeit des Piloten beeinträchtigen.

KREFFT (Fürstenfeldbruck)

**E. H. Graul: Raumfahrtmedizin — Medizinische Aspekte der Satellitenflüge.** Wien. med. Wschr. **117**, 703—706 (1967).

Übersicht.

## Unerwarteter Tod aus natürlicher Ursache

**I. Huszár, A. Potondi und I. Kenyeres: Hirngeschwülste im Spiegel der behördlichen Obduktionen.** *Orv. Hetil.* **108**, 1320—1323 mit dtsh. u. engl. Zus.fass. (1967) [Ungarisch].

Im Material des Budapester Forensisch-Medizinischen Instituts von 5 Jahren fanden Verf. unter 519 geschwülstigen Fällen 63 Hirntumoren, was eine viel höhere Häufigkeit, als das pathologisch-anatomische Vorkommen, 12% bedeutet. Die Mehrzahl der Fälle stammt von plötzlichen, ungeklärten Todesfällen, ein kleinerer Teil von Unfällen, Opfern von Selbstmorden und Mordfällen. Laut der Analyse der Verf. ist, hauptsächlich in höherem Alter, zufolge des raschen Ablaufs der geschwülstigen Krankheitsbilder, der angiogen imponierenden Symptomatologie, der Verdecktheit der Symptome durch die Involution die Stellung der „vasculären“ Diagnose häufig. Es wird darauf hingewiesen, daß bei dem Verdacht ungeklärter, cerebraler Krankheitsbilder auch an die Möglichkeit eines Hirntumors gedacht werden muß. Das Gesagte wird durch die Demonstration mehrerer interessanter Fälle illustriert.