

sucht wurden; sie stammten in 16 Fällen von Kindern bis zu 10 Jahren, in 10 Fällen von Menschen bis zu 20 Jahren usw., in 26 Fällen von Menschen im Alter von 61—70 Jahren, in 20 Fällen im Alter von 71—80 Jahren und in 22 Fällen im Alter von 81—89 Jahren. Auf die zahlreichen Tabellen und Photogramme muß verwiesen werden. Aus den Ergebnissen sei folgendes erwähnt: die Knochen des Neugeborenen sind fast ausnahmslos aus geflechtartigen Faserkörpergewebe aufgebaut. Der Beginn der Bildung des Linearlamellären fällt in das 1. Lebensjahr. Dieses Gewebe liegt später subperiostal und subendostal. Dazwischen befindet sich ein konzentrisch-lamelläres Knochengewebe, so daß mikroskopisch eine Dreischichtigkeit zustande kommt. Schließlich bestehen die Deckplatten und die Compacta nur aus sekundären Knochen, die Trabekel werden gewebsmäßig als Faserknochen angelegt. Wichtig ist auch der metrische Alterswandel der Compacta. Die Knochen erreichen im 2.—3. Lebensjahrzehnt ihre größte Stärke. Ein deutlicher Substanzverlust macht sich erst in den höchsten Altersklassen bemerkbar. Aus den Tabellen ergibt sich allerdings, daß die Schwankungsbreite eine recht erhebliche ist. — Wer an Hand von aufgefundenen Skeletteilen eine Schätzung des Lebensalters vornehmen muß, wird die Ergebnisse dieser sehr wertvollen Monographie benutzen müssen. B. MUELLER (Heidelberg)

J. W. Thompson: *The identification of inks by electrophoresis*. [Brit. South Afr. Police, Forens. Sci. Labor., Causeway, Salisbury.] J. forens. Sci. Soc. 7, 199—202 (1967).

Heinrich Pfanne: *Bestellscheinfälschungen aus der Sicht des Handschriftenexperten*. Arch. Kriminol. 141, 14—27 (1968).

Linton Godown: *“Optical contrasters”, a new instrumental aid in deciphering faint writings and other low-contrast evidence*. („Optical contrasters“, eine neue instrumentelle Hilfe in der Entzifferung schwacher Schriften und anderen Beweisstücken von geringem Kontrast.) [19. Ann. Meet., Amer. Acad. Forens. Sci., Honolulu, Hawaii, 19. II. 1967.] J. forensic Sci. 12, 370—375 (1967).

Schon die Betrachtung eines Films mit flacher Gradation, der auf einem weißen Stück Papier liegt, gibt gegenüber der normalen Betrachtung eine Verstärkung des Kontrastes (Einfach-Reflexion). Verf. verwendet teilverspiegelte Glasplatten, wie sie heute im Handel sind, mit Reflexionsfaktoren von 38—75%. Diese Platten werden mit der verspiegelten Seite fest auf das Objekt gedrückt (evtl. unter Verwendung einer Gummiunterlage) und dieses durch die Platte beobachtet bzw. fotografiert. Durch die Mehrfach-Reflexionen ergibt sich eine erhebliche Kontraststeigerung im Objekt. Da die Platte, die ja zwischen Beobachter und Objekt steht, stark spiegelt, muß in einem dunklen Raum gearbeitet werden. Die erforderliche starke Lichtquelle (bei einer 75% Platte kommen nur etwa 25% des auffallenden Lichtes auf das Objekt) — am besten Monla-Lampe — steht seitlich vom Beobachter, damit das reflektierte Licht nicht stört. Um zusätzliche farbige Kontraste zu erhöhen, kann ein Interferenz-Filter von entsprechender Wellenlänge anstelle der verspiegelten Platte verwendet werden. Je schwächer der Kontrast ist, um so größer muß der Reflexionsfaktor der Platte sein. SELLIER (Bonn)

Versicherungs- und Arbeitsmedizin

● **Handbuch der Unfallbegutachtung**. Hrsg. von ALFONS LOB. Bd. 2: Allgemeiner chirurgischer Teil. Mit zwei Ergänzungen zum versicherungsrechtlichen Teil. Bearb. von R. ASANGER, A. LOB, W. PERRÉ und J. PROBST. Stuttgart: Ferdinand Enke 1968. XII, 704 S. Geb. DM 120.—.

Erst jetzt konnte dem ersten Band des Handbuches, der im Jahre 1961 erschien, der zweite Band folgen. Wie Herausgeber (Chefarzt des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses in Murnau/Obb.) in der Einleitung bemerkt, ist der lange Zwischenraum so zustande gekommen, daß eine Anzahl von Bearbeitern wegen Überlastung ihren Auftrag zurückgeben mußte. So kam es auch, daß die rechtlichen Ausführungen über die Unfallversicherung in Deutschland von ASANGER (Dr. jur., stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Tiefbauberufsgenossenschaft in München) insbesondere mit Rücksicht auf das UVNG vom 30. 4. 63 (BGBl I, 241) ergänzt werden mußten. Die jetzt gültige Liste der Berufskrankheiten umfaßt 47 Nummern, die Behandlung der Unfallfolgen ist jetzt Aufgabe der Berufsgenossenschaften, die sich durch die Durch-

gangsärzte beraten lassen. Die fachliche Befähigung zum Durchgangsarzt muß nachgewiesen werden, ebenso die Befähigung, sich an der Heilbehandlung zu beteiligen. Auch die Bestimmungen über die Pflegezulage werden angeführt. Neue Richtlinien und Bestimmungen über die private Unfallversicherung legt PÉRRET dar (Chefarzt der Allianz-Versicherung AG, München). Die alten und die neuen Bestimmungen der AUB werden gegenübergestellt; es mag erwähnt werden, daß das Inkrafttreten der Bestimmungen über die Ärztekommision von den Beteiligten auch abgelehnt werden kann, es wird dann ein Zivilprozeß vor einem ordentlichen Gericht eingeleitet. Über Konstitutionsprobleme in ihrer Bedeutung für die Unfallbegutachtung berichtet Dr. JÜRGEN PROBST, Oberarzt des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses in Murnau. Er geht insbesondere auf die Eingeweidebrüche, auf die Arthrosis deformans und auf die Osteomyelitis ein. Es kommt immer wieder darauf an festzustellen, ob der Unfall mit Wahrscheinlichkeit als die *wesentliche* Ursache der Entstehung des Eingeweidebruches, der Krankheit oder der Verschlimmerung der krankhaften Erscheinungen aufzufassen ist. Einschlägige Entscheidungen der Landessozialgerichte werden abgedruckt. Der Hauptteil dieses Bandes ist von Herausgeber selbst verfaßt worden; er schildert die Verletzungsarten (mechanische, thermische Verletzungen, die Schädigungen durch Lichttheapie, durch Laser-Strahlen, durch Sonnenstich und Hitzschlag, die Erfrierungen, die chemischen Verletzungen, Verletzungen durch Elektrizität, durch elektromagnetische Wellen und Strahlen, durch Schuß, durch Wundinfektion) sowie die Bedeutung der Thrombose und Embolie für die Unfallheilkunde. Auch das spezielle gerichtsmmedizinische Schrifttum wird vielfach berücksichtigt. Von Einzelheiten sei angeführt, daß es nach Einwirkung von ätzenden Gasen mitunter zu einer Metaplasie des Epithels von Larynx und Trachea kommt. Die elektrischen Strommarken bezeichnet Verf. als für die Einwirkung elektrischer Energie nicht spezifisch; sie können, wie bekannt, auch nach Einwirkungen von örtlicher Hitze zustande kommen. Tabellarisch werden die möglichen Folgen eines Blitzschlages zusammengestellt. Verf. weist darauf hin, daß in allen Fällen die Beschreibung der Wunden, auch der Wunden nach Verkehrsunfällen erforderlich ist (nicht nur der sog. behandlungsbedürftigen Verletzungen; Ref.). Die Schädigungen durch Ultraschall werden zusammengestellt, die Probleme der Wundheilung werden unter Berücksichtigung der Forschungen von A. LINDNER dargestellt, ebenso die Bedeutung chirurgisch-therapeutischer Einflüsse auf die Wundheilung unter Berücksichtigung der in Betracht kommenden Medikamente, einschließlich des Cortison. Bei Besprechung der Fettembolie werden auch die bestehenden Theorien (Entmischungstheorie, Fermenttheorie, Schocktheorie) gegenübergestellt und besprochen. Die iatrogene Fremdkörperembolie wird veranschaulicht durch eine ausführliche Tabelle der einschlägigen literarischen Veröffentlichungen. Die Frage Delirium tremens und Unfall und die Begutachtung der Geschwülste ist von PROBST verfaßt worden. Auch hier werden klare Richtlinien darüber gebracht, unter welchen Umständen unter versicherungsrechtlichen Gesichtspunkten Kausalzusammenhang angenommen werden kann. Alle Abschnitte sind mit einem ausführlichen Literaturverzeichnis versehen. — Wer bei gutachtlicher Betätigung auf den in Betracht kommenden Gebieten dieses Buch einsieht, wird sich sehr viel Arbeit sparen, weil es in den meisten Fällen nicht mehr erforderlich sein wird, die weit zerstreute Literatur zusammenzusuchen. Die Anschaffung muß daher warm empfohlen werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

M. Hochrein und I. Schleicher: Zur Beurteilung und Begutachtung der Fettleibigkeit. [Inst. f. Leistungs- u. Begutachtungsmed., Ludwigshafen.] Lebensversicher.-Med. 20, 1—13 (1968).

Die gutachterliche Bewertung der Fettsucht ist dadurch erschwert, daß es sich so gut wie nie um ein monokausales Geschehen handelt, genetische, konstitutionelle, endokrine und stoffwechselbedingte Faktoren sind zu berücksichtigen, stets spielen psychologische Momente eine wesentliche Rolle. Zumeist sind die anamnestischen Angaben unscharf und der Erfassung der Lebensgewohnheiten stehen häufig kaum überwindbare Schwierigkeiten entgegen. — Geht man davon aus, daß Fettsucht nicht erblich, sondern lediglich als latente, potentielle Anlage vorgegeben ist, so wird man geringen äußeren Anlässen für ihre Manifestation keinen besonderen Stellenwert beimessen können. — Bei traumatischer Entstehung sind schwere Hirntraumen mit eindeutiger diencephaler Symptomatik, enger zeitlicher Zusammenhang und rasche Progredienz für eine Anerkennung zu fordern. Ähnliches gilt auch für encephalitische Prozesse. Psychische Traumen können nur bei Extrembelastung, etwa entmenslichender Gestaltung der Nahrungsaufnahme über längere Zeiträume hin, unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten, Anerkennung finden. Endokrine Störungen, etwa Kastrationen, werden vornehmlich unter Einbeziehung der psychischen Reaktionsweisen, pathogen. (Fettleibigkeit als eine Art Trieb-

verschiebung). Kriegsverletzungen, die zu völliger körperlicher Inaktivierung bei Schwerst- und Vielfachverletzungen und lazarettüblicher Kohlenhydratkost führten, wie auch massive Infektionsstress werden als entscheidende pathogene Bedingungen gesehen. Bei Dystrophikern erfährt auch die lipophile Regenerationsphase mit langem Überdauern der „Gier des Ausgehulerten“ und „langsamen Abbau des Sparmechanismus“ (vgl. F. BÄHNER) eine von der versorgungsmedizinischen Praxis abweichende Wertung. Eine entschiedene Ablehnung erfahren auch MEYERINGH U. STEFANIS Thesen, daß bei Amputierten das Körpergewicht nur durch Konstitution und Knochenbau bestimmt würden. Der Einzelfall und seine besonderen Bedingungen bedürften intensiver als bisher der Prüfung, in besonders gelagerten Fällen könnten auch die aus der Adipositas resultierende Hypertonie, letztlich auch die Arteriosklerose, Coronarleiden und die Apoplexie rechtliche Anerkennung finden. — Aufgabe der Versicherungsträger sei es, die rechtzeitige präventive Behandlung der beginnenden Fettsucht in die Wege zu leiten. G. MÖLLHOFF

SGG § 128 (Verwertung von Fremdgutachten im Urteil). Zur Verwertung eines Gutachtens, das ein anderer als der vom Gericht als Sachverständiger bestellte Arzt erstattet hat, bei der Urteilsfindung. [BSG, Urt. v. 23. 8. 1967 — RKn 99/66 (Essen).] Neue jur. Wschr. 21, 223—224 (1968).

Das Urteil bestätigt die bekannte höchstrichterliche sozialgerichtliche Rechtsprechung, nach der ein Gutachten, das ein anderer als der vom Gericht als Sachverständiger bestellte Arzt erstattet hat, bei der Urteilsfindung nicht als Sachverständigenbeweis im formalrechtlichen Sinne verwertet werden darf. Es bestehen jedoch keine Bedenken dagegen, ein derartiges Gutachten außerhalb des Sachverständigenbeweises nach den §§ 404ff. ZPO im Rahmen der freien Beweiswürdigung zu verwerten.

LIEBHARDT (Freiburg)

RÄrzteO § 16 Abs. 2; BerufsO für die deutschen Ärzte (BO) § 1 (Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit eines Privatpatienten). Der Bundesmantelvertrag zwischen den kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Bundesverbänden der Krankenkasse ist hinsichtlich der Regelung über die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit eines Patienten (§ 12 Abs. 2) nicht als Ausdruck ärztlicher Standesauffassung anzusehen. Die Nichtbeachtung dieser Bestimmung bei der Behandlung eines Privatpatienten ist daher nicht stets als ein Verstoß gegen die ärztlichen Berufspflichten zu werten. [Lberufsg. f. Heilberufe b. VGH Kassel, Urt. v. 26. 6. 1967 — LBG 6/64.] Neue jur. Wschr. 21, 220—221 (1968).

Ein Arzt wurde beschuldigt, durch Rückdatierung einer Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit gegen die ärztlichen Berufspflichten verstoßen zu haben. Nach § 12 Abs. 2 des Bundesmantelvertrages ergibt sich, daß die Arbeitsunfähigkeit nicht für einen Zeitraum vor der ersten Inanspruchnahme des Arztes bescheinigt werden soll. Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit soll danach nur ausnahmsweise und nur bis zu 3 Tagen zulässig sein. Das Berufsgericht für Heilberufe sprach den Beschuldigten von dem Vorwurf frei, durch ein rückwirkendes Testat ein Berufsvergehen begangen zu haben. Gegen dieses Urteil legte der Vorstand der Landesärztekammer Berufung ein. Auch in der Berufungsinstantz wurde der beschuldigte Arzt freigesprochen, insbesondere deshalb weil der Patient dem Beschuldigten aus seiner Tätigkeit beim Gesundheitsamt und als Hausarzt jahrelang bekannt war. Er wußte, daß sein Patient zu 90% kriegsbeschädigt war und infolge einer Lungenverletzung erhebliche Atembeschwerden hatte. Bei einer eingehenden Untersuchung stellte der beschuldigte Arzt einen nervösen Erschöpfungszustand und Kreislaufschwäche fest und erfuhr gleichzeitig von dem Patienten, daß dieser sich schon seit 14 Tagen krank gefühlt habe. Aus diesem Grunde habe kein Anlaß bestanden, die Richtigkeit der Angaben des Patienten über seinen Gesundheitszustand zu bezweifeln. Unter Würdigung sämtlicher Umstände, die im einzelnen nicht alle aufgeführt werden können, hat auch das Landesberufsgericht die Überzeugung gewonnen, daß der beschuldigte Arzt bei der Ausstellung des Attestes nicht gegen seine ärztlichen Sorgfaltspflichten verstoßen und nicht gegen seine ärztliche Überzeugung gehandelt hat.

TRUBE-BECKER (Düsseldorf)

K. Kohlhausen: Sind neue Wege im Vertrauensärztlichen Dienst notwendig? [LVA, Hannover.] Arbeitsmed. Sozialmed. 3, 1—3 (1968).

Verf., leitender Medizinaldirektor der LVA Hannover, wendet sich gegen die gegenwärtige Handhabung des Einsatzes des Vertrauensarztes. Der Vertrauensarzt ist kein Kontrolleur,

sondern Berater der Verwaltung der Krankenkasse. Er soll sein Gutachten abgeben nicht nur auf Grund der medizinischen Befunde, sondern auch auf Grund der sozialen Verhältnisse, auch der Verhältnisse im Betriebe; die Vertrauensärzte sollten öfter Betriebsbegehungen vornehmen. Spezielle Vorschläge bringt die Arbeit nicht [vgl. H. SCHÜTZ: Das Hausarztverfahren. Dtsch. Ärzteblatt 64, 1975 (1967), Referat d. Z. 62, 132 (1967)]. B. MUELLER (Heidelberg)

K. H. Heuer: Die unterschiedliche Rechtsprechung des BGH und des BSG in medizinischen Fragen. [11. Fortbildungskurs f. soz.-med. Begutachtungskunde f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 11.—13. X. 1967.] Med. Sachverständige 64, 44—48 (1968).

Die unterschiedliche Rechtsprechung des BGH und des BSG in medizinischen Fragen hat ihre Gründe darin, daß in den einzelnen Rechtszweigen unterschiedliche Kausalitätsnormen zur Anwendung kommen. (z.B. BEG: adaequate Verursachung, BVG: wesentliche Bedingung) und daß im BEG einige Rechtsvermutungen Bedeutung gewinnen, die die NS-Verfolgten hinsichtlich ihrer Ansprüche günstiger stellen als die Kriegsoffer. Die BGH beurteilt zudem ärztliche Probleme anders als das BSG, dies wird in der Auslegung des Begriffes „wesentliche Mitursache“, den Bewertungen psychoreaktiver Störungen, der sog. „Nachschäden“, der Abgrenzung der Schädigungsfolgen im Sinne der Verschlimmerung und der Entstehung verdeutlicht.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

H. Grömig: Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und des Bundessozialgerichts zur Neurose. Med. Wschr. 21, 574—577 (1967).

Die durch eingehende Literaturstudien unterbaute Darstellung befaßt sich mit der in dieser Zeitschrift schon mehrfach referierten divergierenden Bewertung psychoreaktiver Störung in den verschiedenen Rechtszweigen. Hier werden die Bewertungsschwierigkeiten im Bereich des BSG besonders herausgestellt. Verf. weist darauf hin, daß bereits das Reichsgericht hinsichtlich der Anerkennung psychischer Kausalität eine seiner Zeit weit vorausseilende, positive Einstellung gezeigt habe (vgl. dazu auch GLÜCKLICH, Soz. Gerichtsbarkeit 1955 H. 10). G. MÖLLHOFF

K. Pesch: Zur Problematik bei der rechtlichen Behandlung der Neurose. Med. Sachverständige 63, 206—211 (1967).

Die bei der Neurose beobachteten Erscheinungen lassen sich in der geläufigen Regel der Medizin von Ursache und Wirkung nicht unterbringen. Der Mediziner gelangt auch nicht mit dem Beobachtungsmittel der Sinneswahrnehmung, sondern mit dem Erklärungsmittel des Verstehens zu dem Ergebnis, daß eine Neurose bestehe. Juristisch muß man, da strafrechtlich ja auch von der Verantwortlichkeit des Individuums für sein Handeln ausgegangen wird, zwangsläufig zu der Folgerung gelangen, daß ein Ursachenzusammenhang mit einem hiervon abhängigen Anspruch auf Entschädigung bei einer Neurose entfällt, soweit die Selbstverantwortlichkeit des Neurotikers reicht. Kriterium für eine Beurteilung ist das Verhalten des Durchschnittsmenschen unter gleichen oder ähnlichen Bedingungen. — Ein Zusammenhang muß jedoch dann bejaht werden, wenn ein schädigendes Ereignis als so außerordentlich schwerwiegend bewertet wird, daß für den Betroffenen eine Überwindung der seelischen Belastung nicht mehr zumutbar erscheint. Daher kann den Entschädigungsansprüchen im Rahmen des BEG eine Sonderstellung zuerkannt werden, da hier jahrelange seelische Belastungen extremster Art als Schädigungsfaktor zur Diskussion stehen, ganz im Gegensatz etwa zu den Schreck- und Angsterlebnissen der Unfallversicherung und auch der Kriegsofferversorgung. ALSEN^{oo}

G. Hennies: Bemerkungen zur Beurteilung von Psychosen, Neurosen und psychogenen Fehlhaltungen. Med. Sachverständige 63, 212—215 (1967).

In der Frage, ob sich Mediziner und Juristen mit unterschiedlichen Ergebnissen im Zivil- und Sozialrecht abfinden müßten, beschäftigt sich der Verf. kritisch mit den Ausführungen verschiedener Autoren. Der Jurist müsse seine Kausalitätsnorm so anwenden, daß er damit der Wirklichkeit des Lebens möglichst gerecht werde. Es führe daher nicht weiter, wenn man Unterschiede zwischen der zivilrechtlichen Adäquanztheorie und der sozialrechtlichen Bedingungs- theorie hervorhebe. Es komme vielmehr darauf an, das Gemeinsame der einzelnen Kausalitäts- theorien zu betonen. Der Richter dürfe sich auf diesem Grenzgebiet nicht einfach der oft nur einer hypothetischen Grundeinstellung mit unzureichender medizinischer Beweisgrundlage entspringenden und sich vielfältig widersprechenden Haltung der Sachverständigen ausliefern. Hier feste Grundsätze zu entwickeln, sei vor allem Sache der Revisionsgerichte. Es sei oft sehr fragwürdig, eine bestimmte Meinung als die herrschende zu bezeichnen und der Beurteilung zugrunde zulegen. Um die Auswirkungen sozialer Fehlhaltungen zu beeinflussen, gebe es in

der Sozialversicherung noch reichlich Möglichkeiten. Das Sozialhilfegesetz begründe nicht nur Rechte, sondern lege dem Hilfesuchenden auch Pflichten auf. Der Arbeit als Erziehungsfaktor werde dabei größte Bedeutung beigemessen. Das BSHG eröffne eine ganze Reihe von Möglichkeiten von arbeitsfürsorglichen Betreuungsmaßnahmen. In der Rentenversicherung sollte und könnte manches mehr zu einer zielgerichteten Rehabilitation unternommen werden, wie die Ergebnisse intensiver sozialmedizinischer Betreuung beweisen. ALSEN (Bethel)^{oo}

RVO § 624 (Versagung einer Unfallrente wegen Nichtduldung einer Operation). Die Voraussetzungen des § 624 RVO für die Versagung der Leistungen sind im Falle eines Rechtsstreites über die Pflicht des Verletzten zur Duldung einer Operation nicht vor Abschluß dieses Streitverfahrens gegeben. [BSG, Urt. v. 24. 2. 1967 — 2 RU 177/66 (Berlin).] Neue jur. Wschr. 21, 223 (1968).

Das Urteil des Bundessozialgerichts stellt nach Erörterung der prozeßrechtlichen Voraussetzungen fest, daß eine Rentenentziehung nach § 624 RVO erst erfolgen könne, wenn ein Rechtsstreit über die Pflicht des Verletzten zur Duldung einer Operation abgeschlossen ist.

LIEBHARDT (Freiburg)

H. Valentin, D. Szadkowski und H.-J. Woitowitz: Chronische Bronchitis und Staubbelastung am Arbeitsplatz aus klinischer und funktionsanalytischer Sicht. [Inst. f. Arbeits- u. Sozial-Med., Univ., Erlangen-Nürnberg.] Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeits-hyg. 2, 125—129 (1967).

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht das chronische, unspezifische respiratorische Syndrom (CURS) als wichtige und auch volkswirtschaftlich bedeutungsvolle, unspezifische Verschleißkrankheit. Sie ist nach den heute vorliegenden Erkenntnissen durch eine Vielzahl von Faktoren bedingt, so vor allem durch eine endogene Minderbelastung des Atemapparates, durch virale und bakterielle Infektionen, Rauchen sowie durch langjährige mechanische, chemische oder thermische Reize. Während bei einer Reihe von anerkannten Berufskrankheiten die spezifische Schädigung durch Einatmung bestimmter Stäube als geklärt angesehen werden kann, muß die Frage nach der Mitwirkung sog. „Interstäube“ am Zustandekommen des CURS vorerst noch offen bleiben. In der Diagnostik des CURS kommt im Rahmen der Lungenfunktionsanalyse dem Verfahren der Ganzkörperplethysmographie bei der Bestimmung der Atemwegwiderstände eine besondere Bedeutung zu. Auf die Grundlagen der Methode und deren Anwendung wird abschließend eingegangen.

DRASCHE (Saarbrücken)^{oo}

M. Barni, B. Barni e P. Martini: La silicosi polmonare nel settore medico-legale senese. [Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Siena.] Riv. Inf. Mal. prof. Nr. 5—6, 980—999 (1967).

K. Stalder: Wechselwirkungen silikoser Stäube mit Lysosomen. [Arb.-Gemeinsch. Silikoseforsch., Max-Planck-Inst., Exp. Med., Göttingen.] Int. Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg. 24, 238—252 (1968).

Michel Lamotte, J.-M. Segrestaa, Ch. Caulin et J.-M. Fabiani: Pneumopathies par vapeurs nitreuses. A propos d'un cas récemment observé. (Lungenerkrankungen durch Nitrosegase, dargestellt an Hand eines Falles.) [Serv. Méd. Interne, Hôp. Lariboisière, Paris.] Sem. Hôp. Paris 44, 103—108 (1968).

Verff. berichten über einen 61 Jahre alten Patienten, welcher beim Ätzen von Eisenplatten mit Salpetersäure eine Vergiftung mit Nitrosegasen erlitten hatte. Er war diesen ungefähr $\frac{1}{2}$ Std lang ausgesetzt. Nach einem freien Intervall von 2 Wochen entwickelten sich schwere respiratorische Störungen, die Röntgenaufnahme zeigte reticulonoduläre beiderseitige Verschattungen. Im Blutchemismus ließen sich Anzeichen eines Sauerstoffmangels aufzeigen. Es bestand eine Blockade der alveolocapillären Belüftung, eine Hypokapnie und eine Alkalose. Die Erscheinungen gingen innerhalb von 15 Tagen zurück, während das Lungenbild zunächst unverändert blieb und sich erst nach 2 Monaten normalisierte. Der Lungenbefund wird in röntgenologischen Bildern dargestellt. Die blutchemischen Befunde werden tabellarisch aufgeführt. Die Verff. erörtern dann ausführlich die verschiedenen Möglichkeiten der Pneumopathien durch chemische Gase und Dämpfe und betonen, daß neben dem Chlor, dem Sulfit und dem SO_2 Ammoniak und schließlich Nitrosegase das Krankheitsbild bewirken können. Sie unterscheiden schließlich bei der

Pneumopathie durch Nitrosegase eine akute, eine subakute und eine chronische Form und erörtern das merkwürdig lange freie Intervall in dem von ihnen mitgeteilten Fall. Die subakute Form sei die häufigere. Die Abgrenzung gegenüber einer Lungentuberkulose sei schwierig, da man ja bei Verdacht auf eine Tbc nicht mit Corticoiden behandeln könne, was bei einer Vergiftung mit Nitrosegasen notwendig wäre. 21 Literaturstellen. PRIBILLA (Kiel)

Andrew L. Reeves: Über die Retention von eingeatmetem Berylliumsulfat-Aerosol in Rattenlungen. [Dept. Occupat. and Environm. Hlth, School Med., Wayne State Univ., Detroit, Mich.] Int. Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg. 24, 226—237 (1968).

G. Sitzlack: Die Kontrolle beruflich strahlenexponierter Personen in der DDR. [Staatl. Zentr. f. Strahlenschutz, Berlin.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 23, 118—122 (1968).

Hans Joachim Lehmann: Zur Frage der primär-chronischen Encephalomyelopathie der Taucher (Rózsahgyi-Soos). [Abt. Exp. Neurol. u. Hirnforsch., Psychiat. u. Nervenklin., Univ., Kiel.] Med. Sachverständige 63, 190—192 (1967).

Während die akute Dekompressionserkrankung der Taucher mit neurologischer Symptomatik schon seit dem letzten Jahrhundert bekannt und zusammenfassend wissenschaftlich bearbeitet worden ist, haben erst 1956 RÓZSAHEGYI und Soós auf eine schleichende Entstehung neurologischer Krankheitsbilder bei Tauchern hingewiesen. Die Erstbeschreiber schlugen vor, die Defektzustände nach akuter cerebrospinaler Dekompressionserkrankung als sekundär-chronische Encephalomyelopathie und die schleichend entstehenden als primär chronische Encephalomyelopathie zu bezeichnen. Auch bei diesen chronischen Verläufen wird das Dekompressionstrauma, das allerdings nicht zu akuten Erscheinungen führen muß, als Ursache angesehen. Die Symptomatik ist multifokal und entspricht leichteren Formen der Multiplen Sklerose. Progressive Verläufe sind häufig. Ihnen soll ein bisher unbewiesener chronisch-thrombosierender Prozeß zugrunde liegen. Der Verf. zeigt an Hand eines Begutachtungsfalles die Problematik der primär-chronischen Encephalomyelopathie auf. Er konnte bei einem 1904 geborenen Manne, der im Oktober 1958 mit vorwiegend tonischen cerebralorganischen Krämpfen erkrankt war und an dem anläßlich einer intensiven klinischen Untersuchung mit Pneumencephalographie und doppelseitiger Arteriographie neurologisch lediglich eine geringe Halbseitensymptomatik links festgestellt werden konnte, den ursächlichen Zusammenhang mit einer unfallfreien Tätigkeit als Taucher und Caisson-Arbeiter in den Jahren 1923—1958 nicht bejahen. Vorwiegend deswegen, weil für die Entstehung dieser Symptomatik im mittleren Lebensalter viele Krankheiten in Frage kommen und weil die Angaben von RÓZSAHEGYI und Soós bisher nicht durch systematische Nachuntersuchungen bestätigt worden sind. Der Verf. regt vor allem im Hinblick auf den immer populärer werdenden Tauchsport Reihenuntersuchungen von Tauchern an. G. ZELLER (Berlin)^{oo}

Werner Gensler: Verschlusskrankheiten der Gliedmaßenarterien. Zentrale sozialärztliche Begutachtung in Hamburg von 1952 bis 1966. [Ärztl. Dienst, Landesversicherungsanst., Freie u. Hansestadt Hamburg.] Münch. med. Wschr. 110, 64—69 (1968).

Im Ärztlichen Dienst der LVA Hamburg wurden von 1952—1966 alle anfallenden Verschlusskrankheiten der Gliedmaßenarterie zentral begutachtet. Bei 49 Kranken bestanden funktionelle und bei 4391 organische Durchblutungsstörungen. Diagnostisch kamen anamnestische Erhebungen, Pulstastung, Lagerungsproben und Gefäßauskultation nach Belastung zur Anwendung. Die Versicherten wurden den behandelnden Ärzten, angiologischen Kliniken und LVA-Sanatorien überwiesen. Katamnestiche Erhebungen nach 10 Jahren bei 204 Kranken, die bei der Erstuntersuchung jünger als 55 Jahre waren, zeigten, daß über $\frac{1}{4}$ verstorben waren; Patienten, die nach diesem Zeitraum noch lebten, standen zu 72% in Arbeit. Amputationen erfolgten in 8% der Fälle, Herzinfarkte traten bei 9% auf. Bei 2800 Patienten lagen Verschlüsse vom Oberschenkeltyp vor, Beckengefäße waren in 762 Fällen betroffen; die oberen Extremitäten waren 150mal, davon 113mal kombiniert mit Befall der Beine, erkrankt. G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

H. Köhler: Begriffsbestimmung der Berufsunfähigkeit in der Sozialversicherung und in der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Lebensversicher.-Med. 20, 36—41 (1968).

Die Zahl der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen hat sich im Jahre 1966 auf über eine Million erhöht. Die gesetzlichen Bestimmungen der RVO und des AVG (§§ 1246, 1247 RVO, 23

bzw. 24 AVG, 1276 RVO bzw. 53 AVG) werden der BUZ aus dem Jahre 1964 gegenübergestellt; dabei finden die alte und neue AUB, die rechtlichen Unterschiede, wie auch die Position des Versicherers ebenso Berücksichtigung wie die aus den Verträgen erwachsenden Vor- und Nachteile für die Versicherten.
G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

G. Hennies: Die Frau in der Rentenversicherung. [11. Fortbildungskurs f. soz.-med. Begutachtungskunde f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 11.—13. X. 1967.] Med. Sachverständige 64, 7—11 (1968).

Die Sozialgesetzgebung der Gegenwart ist mit zahlreichen tradierten Vorstellungen beladen, die ihre Wurzeln in den patriarchalischen Verhältnissen der Gründerjahre haben. Dem Wandel der Lebensformen und -grundlagen der Frauen in unserer Gesellschaft wird sie in vielen nicht mehr gerecht, sie geht zudem auch nicht mit der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes konform. Nach dem GG (vgl. Art. 3, 6ff.) besteht ein allgemeines Interesse daran, die Tätigkeit als Hausfrau und Mutter zu schützen; so werden u. a. ihre Leistungen (SozR GG Art. 3, No. 52) dem Geldbeitrag des Mannes zur Haushaltsführung gleichgeachtet; § 1356 BGB fordert zudem von den Ehefrauen, außerhäusliche Tätigkeiten nur insoweit anzunehmen, wie sie mit den familiären Pflichten vereinbar sind. Im „Dreiphasenablauf“ des Frauenlebens wird im allgemeinen nur im ersten Teil eine versicherungspflichtige Arbeit verrichtet, es folgt dann zumeist eine bis zu 20 Jahren andauernde Tätigkeit als Hausfrau und Mutter, in der nur ein Teil der Frauen unter Zusatz- und Doppelbelastungen imstande ist, berufstätig zu sein. Nehmen diese Hausfrauen nun später wieder eine Arbeit auf, so besteht versicherungsrechtlicher Berufsschutz nur für jene, die im alten, erlernten Beruf oder Tätigkeitsbereich wieder unterkommen, alle anderen müssen einen sozialen Abstieg in Kauf nehmen. Nach BSG-Entscheidungen ist bekanntlich (BSG Bd. 10, S. 33) auch Wettbewerbsfähigkeit mit Berufsunfähigkeit nicht gleichzusetzen, auch das Lebensalter oder Schwierigkeiten der Arbeitsvermittlung werden insoweit nicht als erheblich angesehen. Für Hausfrauen ist, da ihre Tätigkeit keine Pflichtversicherung auslöst, der „bisherige Beruf“ im Sinne der §§ 1246 RVO bzw. 23 AVG in versicherungsrechtlicher Hinsicht der bleibende Bezugspunkt. Hausfrauen, die dann nach 20 Jahren beruflicher Abstinenz in „ihrem“ Beruf nicht mehr unterkommen (Regelfall), müssen sich auf alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verlassen lassen. Es werden Abhilfemöglichkeiten diskutiert, etwa dahingehend, daß der Hausfrau bei freiwilliger Weiterversicherung Berufsschutz eingeräumt wird.
G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

W. Bogs: Zur sozialrechtlichen Sicherung der nicht berufstätigen Frau. [11. Fortbildungskurs f. soz.-med. Begutachtungskunde f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 11.—13. X. 1967.] Med. Sachverständige 64, 1—7 (1968).

Nach der neuen Rechtsentwicklung sind sowohl abhängige wie auch selbständige Arbeiten „versicherungspflichtig“; den Hausfrauen dagegen wird eine Eigenversicherung verwehrt. Die nichtberufstätige Ehefrau eines in der gesetzlichen Rentenversicherung Anspruchsberechtigten erlangt einen Schutz unmittelbar nur als Witwe (akzessorischer Anspruch). Es wird die Frage aufgeworfen, ob diese Rechtsstellung mit dem Grundgesetz vereinbar ist (Art. 3, Abs. 2 GG, § 1360 BGB usw.). Vorschläge für eine Besserstellung der Hausfrauen werden diskutiert.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

R. G. Boiten: Le possibilità tecniche per la riabilitazione dei lavoratori inabili. [Ist. di Tecno., Delft.] Riv. Infort. Mal. prof. Nr. 5—6, 934—943 (1967).

Heinz Drasche: Die effektive Staubaufnahme in den menschlichen Atemapparat unter Arbeitsplatzbedingungen. [Inst. f. Arbeitsmed., Univ. d. Saarland., Homburg.] Ann. Univ. saraviensis/Med. 14, 3—63 (1967).

K. K. Wöhrle: Geräuschmessungen an Schreibmaschinen. Lärmbekämpfung 11, 111—114 (1967).

Physikalische Beschreibung des Verfahrens, die vom Sachkenner dem Original entnommen werden muß. Die Maschinen stehen auf einem Meßpult oder sind frei im Meßraum aufgehängt; geschrieben wird entweder digital oder auch maschinell mit sog. Robotern; man kann auch die Geräusche messen, die einzelne Buchstaben oder Buchstabensysteme verursachen.

B. MUELLER (Heidelberg)

C. v. Ferber: Die modernen Befindlichkeitsstörungen aus der Sicht des Soziologen. [Soz.-Wiss. Seminar, Hannover.] Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg. 3, 4—7 (1968).

Der von E. DURKHEIM in die Soziologie eingeführte Anomiebegriff bezeichnete zunächst Zustände mangelnder sozialer Regelung, er hat in der Folgezeit durch T. PARSON, G. FRIEDMANN, H. SPENCER, F. TÖNNIES, B. MALINOWSKI und R. THÜRNWALD Abwandlungen erfahren — R. K. MERTON zeigte, daß manche Formen abweichenden Verhaltens psychologisch genauso normal sind wie konforme; die alte Gleichsetzung von Deviation und Abnormität wurde damit in Frage gestellt. In der Lebenssphäre der Individuen wird nicht selten ein Widerspruch zwischen den Zielen, die die offizielle Meinung für alle als erstrebenswert u. erreichbar aussieht und den Verhaltensformen, an die der Einzelne zur Verwirklichung dieser Lebensziele gebunden ist, deutlich; es ergeben sich fünf anomische Verhaltensmuster; Konformismus, Innovation, Ritualismus, Desinteresse und Rebellion. In der verwalteten Gesellschaft zeigt sich bei diesen Personen die Unfähigkeit schöpferische Teilhabe an den Sozialbeziehungen, andererseits fehlt es oft am individualisierendem Verständnis u. der Hilfsbereitschaft für diese Menschen. Bürokratisierung, psychologisch blinde Familien- und Schulerziehung, Tabuierungen usw. fordern zwar zur Opposition heraus, lähmen aber zugleich die Eigeninitiative, in einem soziologisch blinden Gesundheitswesen, das zudem durch archaische wie auch gewisse brutale Organisationsformen unserer Gesellschaft überformt sei. — Die Öffentlichkeit weist den Arzt eine Universalkompetenz für alle Beeinträchtigungen des individuellen Wohlbefindens zu, *alle* Befindensstörungen werden als „Krankheiten“ deklariert, „Krankheit“ ist aber in dieser gegebenen Gesellschaft zugleich die einzige legale Entlastungschance, mit der sich der einzelne Arbeitnehmer etwa den „schematischen Ansprüchen einer rigorosen Arbeitsverfassung wenigstens auf Zeit erwehren kann“. — Soziologische Überlegungen über die Krankheitsituation der Gegenwart müssen von der Struktur des Sozialverhältnisses ausgehen durch das das Krankengut zum Objekt ärztlichen Handelns, der Diagnose und Therapie wird; dieses Vorgehen wählt auch solche Gruppen aus, die ärztlich nicht betreut werden können und z. T. auch nicht behandelt sein sollten. Verf. stellt eine solche Gruppe heraus. Diese Kategorie ist weder krank noch gesund, sie zeigt lediglich ein abweichendes Sozialverhalten mit dem der öffentliche Sollbestand nicht erreicht wird. G. MÖLLEHOFF (Heidelberg)

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

● **Kurt Schneider: Klinische Psychopathologie.** 8., erg. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme 1967. XII, 174 S. Geb. DM 10.80.

Weniger als 2 Jahre nach der 7. Auflage des bekannten Abrisses [s. d. Z. 58, 55 (1966)] wurde die jetzt vorliegende 8. Auflage erforderlich; der von Vielen als Persönlichkeit verehrte und wegen seiner klaren Sprache und Ausdrucksform bewunderte Verf. hat sie noch vor seinem Ableben fertiggestellt. Das Literaturverzeichnis wurde für die Jahre 1961—1966 ergänzt. Verf. hat auch jetzt davon abgesehen, den Text durch Einfügen von allzu vielen Schrifttumsangaben schwerer lesbar zu machen; das Buch ist, wie er sich ausdrückt, kein Nachschlagebuch, sondern ein Lesebuch. Nach einer Einleitung werden die psychopathischen Persönlichkeiten, die abnormen Erlebnisreaktionen, die Schwachsinnformen, die körperlich begründbaren Psychosen, sowie die Cyklotomie und Schizophrenie kurz aber sehr treffend geschildert. In einem Anhang legt Verf. die Psychopathologie der Gefühle und Triebe dar. Das Büchlein ist vielfach besprochen worden. Herausgegriffen sei aus dem Inhalt, daß auch Verf. im Zweifel ist, ob der Ausdruck „Psychopath“ sich halten wird; viele sprechen jetzt von abnormen Persönlichkeiten. Verf. hält jedoch den zuerst genannten Ausdruck für treffender. Es wird hervorgehoben, daß das erste Auftreten von psychischen Störungen bei nicht Schwachsinnigen eine recht nachhaltendes Erlebnis ist, das Dauerwirkungen haben kann. — Gerade der Nichtpsychiater, der sich gelegentlich mit psychopathologischen Fragen beschäftigen muß, wird von der Lektüre dieses Büchleins großen Nutzen haben; die Lektüre ist manchmal geradezu ein Genuß. B. MUELLER (Heidelberg)

● **Hanfried Helmchen: Bedingungskonstellationen paranoid-halluzinatorischer Syndrome. Zugleich ein methodischer Beitrag zur Untersuchung psychopathologisch-elektrencephalographischer Korrelationen.** (Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neurologie u. Psychiatrie. Hrsg. von M. MÜLLER, H. SPATZ u. P. VOGEL. H. 122.) Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1968. VI, 104 S. u. 17 Abb. DM 42.—.

Bedingungen, Erscheinungsbilder und Verlauf paranoid-halluzinatorischer Syndrome wurden bei 100 neurologisch unauffälligen Frauen unter syndromgenetischen Gesichtspunkten unter-