

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 nachhaltige Erlebnisform 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-

sucht u. zu EEG-Befunden in Korrelationen gesetzt (952 EEG; jede Woche eine Exploration). Paranoid-halluzinatorische Syndrome traten im Erscheinungsbild der Psychosen umso mehr zurück, je florider ein Defekt ausgeprägt war, für statische Defekte ergab sich eher eine umgekehrte Beziehung. Wahnstimmungen zeigten zur psychischen Defizienz eine negative, Persistieren von Wahn u. Halluzinationen eine positive Korrelation. Je länger der Krankheitsverlauf war u. je mehr Schübe abliefen, umso eher bestanden Defektsymptome. Hirnorganische Psychosyndrome zeigten negative Entsprechungen zu paranoid-halluzinatorischen Involutionenpsychosen. Aus den Beobachtungen resultierten einige Annahmen: für die Entwicklung u. Rückbildung paranoid-halluzinatorischer Symptome darf ein bestimmtes Maß an psychischer Defizienz nicht überschritten werden, es bedarf also einer psychotischen Dynamik, fehlt sie, so ist die Rückbildung produktiv-psychotischer Symptomatik behindert (chronischer Wahn, erstarrte Halluzinationen). Psychischer Defizienz entsprechen diffuse u. lokale EEG. — Merkmale; Defektbildungen bei Schizophrenien zeigten Allgemeinveränderungen und rechtsseitige Herde, bei hirnorganischen Psychosyndromen überwogen Frequenzlabilität und linksseitige Herde. Involutionenpsychosen zeigten einen auffällig hohen Betawellenanteil im EEG. Abklingen von Wahnstimmung manifestierte sich bioelektrisch in paroxymaler Dysrhythmie. Wahnstimmung wird als pathologische Abwandlung der psychischen Dynamik verstanden, die auf Störungen im thalamo-reticulären System zurückgeht, während dem Defekt Beeinträchtigungen im limbischen Funktionskreis zugeordnet werden. Verfasser vertritt aufgrund dieser Beobachtungen die Arbeitshypothese, daß im Bereich der endogenen Psychosen differenzierbare, zentralnervöse somatische Funktionsänderungen mit bestimmten psychopathologischen Phänomenen korrelieren. Hinsichtlich des EEG sind einschlägige, wenngleich nicht so prägnante Beobachtungen u. a. schon 1950 von D. HILL, 1955 von M. A. KENNARD, A. RABINOWITSCH, W. P. FISTER, 1959 H. FISCHGOLD u. P. MATHIS mitgeteilt worden. Die Zahl abnormer EEG-Befunde bei Psychosen wird in der Literatur mit 30—50% eingeschätzt, sie liegt etwa 10—15% über der von normalen Vergleichsgruppen (Ref.).
G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

K. Saller: Die Schizophrenie in der Begutachtung. [Inst. Anthropol. u. Humangenet., Univ., München.] Med. Sachverständige 62, 178—183 (1966).

Die Begriffe Anlage- oder Erbbedingtheit werden nicht mehr als unausweichlicher Zwang, als ein unabänderliches Schicksal aufgefaßt, sondern lediglich als eine Möglichkeit, zu deren Verwirklichung es ganz bestimmter Umwelten bedarf, welche „die Anlage auslösen“, den „Entwicklungsgang“ prägen. Jeder Einzelfall einer Erkrankung muß in seiner ganz persönlichen Lebensgeschichte und seinen besonderen Umweltverhältnissen genau analysiert und in allen Einzelbeziehungen gewürdigt werden. Das Problem der Schizophrenie sei auch in der Psychiatrie noch keineswegs zu Ende diskutiert. In der Begutachtungssituation bliebe stets zu klären, ob eine „symptomatische Schizophrenie“ im Sinne K. SCHNEIDERS vorliege, die bei folgenden Voraussetzungen anzunehmen sei: Fehlen der Schizophrenie in der Sippe, keine auffallende Persönlichkeit vor der Erkrankung, evidenter, zeitlicher Zusammenhang zwischen Krankheitsausbruch und einwandfreier körperlicher Schädigung. In der schizophrenen Erkrankung selbst sieht der Verf. eine Verschiebung im Gleichgewicht zwischen zwei „inneren Lebensströmen“: Der eine sei auf die Anpassung und die äußere Welt gerichtet, sichere Existenz und soziale Eingliederung, der andere aber bemächtige sich der erfahrenen Welt und forme sie phantastisch nach den eigenen Bedürfnissen und dem eigenen Wesen. Die Ursachen einer solchen Gleichgewichtsverschiebung seien vielfältig. Man könne die Schizophrenen besser „als Folge des persönlichen Schicksals, der einmaligen Disharmonien im eigenen Wesen und in der Lebenserfahrung als im Suchen nach generellen, unpersönlichen Noxen“ verstehen. Skizzenhaft werden in der Arbeit drei Fälle erwähnt, bei denen ein zeitlicher Zusammenhang zwischen einem schädigenden Erlebnis und dem Auftreten der Schizophrenie angenommen wurde, ohne daß sich der Leser aus den mitgeteilten Daten und Symptomen ein klares Bild von dem Krankheitsgeschehen machen kann. Während man der Auffassung des Autors, die angeblich umweltstabile Vererbung der Schizophrenie stets kritisch zu betrachten und sich in dieser Hinsicht jeder Spekulation zu enthalten, zu folgen vermag, erscheint seine Darstellung von der „Gleichgewichtsverschiebung“ wenig einleuchtend und begründet.
PHILIP (Berlin)

Gerd Peters: Schwierigkeiten bei der Diagnostik und Beurteilung der posttraumatischen Epilepsie. [Max-Planck-Inst. f. Psychiat., Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiat., München.] [11. Fortbildungsk. f. sozialmed. Begutachtungsk. f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 11.—13. X. 1967.] Med. Sachverständige 64, 82—86 (1968).

H. Hoff und G. Hofmann: Der Fortschritt und die Begrenzung der psychopharmakologischen Therapie. [Psychiat.-Neurol. Univ.-Klin., Wien.] Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) 19, 441—448 (1967).

Die Psychopharmaka werden eingeteilt in die Hypnotika und Sedativa, Neuroleptika, Antidepressiva, Tranquillizer, Psychotonika, Thymoanaleptika und Psychodysleptika (Phantastika). Die Indikationen werden zum Teil stichwortartig dargelegt. Verf. bringen zum Ausdruck, daß die Psychopharmaka die alten biologischen Behandlungsverfahren niemals ersetzen, sondern nur ergänzen können.

B. MUELLER (Heidelberg)

B. Pauleikhoff: Der Eifersuchtwahn. [Univ.-Nervenklin., Münster.] Fortschr. Neurol. Psychiat. 35, 516—539 (1967).

PAULEIKHOFF hat das Krankheitsbild des Eifersuchtwahns an Hand einer subtilen Analyse der in der Literatur auffindbaren Krankengeschichten und von 53 eigenen Fällen einer Überprüfung unterzogen. Es zeigt sich, daß die im Jasperschen Sinne formulierte Alternative „Entwicklung oder Prozeß“ — richtiger wäre die Frage „inwieweit Entwicklung und inwieweit Prozeß“ — für die weitere Forschung eher hinderlich war. Bei keinem der Kranken von PAULEIKHOFF ließ sich die Eifersucht ohne weiteres aus der Persönlichkeit ableiten und auch die Analyse der Fälle von JASPERS macht ein ursprüngliches, nicht ableitbares Wahnwissen wahrscheinlich. Das Bild des Eifersuchtwahns wird, PAULEIKHOFF stellt dies überzeugend dar, sowohl im Beginn als auch im weiteren Verlauf viel mehr von Halluzinationen beherrscht als bisher angenommen wurde. Die zur Diskussion stehenden Phänomene lassen sich nicht angemessen als bloße Umdeutungen bzw. als übergenaue Beobachtungen (KRAEPELIN) interpretieren. Zudem ist der Eifersuchtwahn meist mit einem Verfolgungs- oder Vergiftungswahn eng verbunden. Die Erkrankung beginnt überwiegend im 4. Lebensjahrzehnt, wobei der Gesamtverlauf 20 Jahre und länger zu betragen pflegt. Auf akute psychotische Zuspitzungen pflegen ruhigere Zeiten zu folgen, in denen die Kranken in ihrem äußeren Verhalten unauffällig wirken. Ein enger kausaler Zusammenhang mit chronischem Alkoholismus kann nicht behauptet werden. Der Alkoholismus spielte in 9 Fällen eine Rolle, wobei aber in 5 Fällen wahrscheinlich ist, daß der Alkohol dazu diente, die mit dem Wahn verbundene innere Unruhe und Getriebenheit zu verdecken. Der Alkoholabusus kann die paranoid-halluzinatorische Symptomatik insofern stützen und fördern, als die Abneigung der Ehefrau gegen den Patienten infolge des Alkoholabusus zunimmt und die paranoide Symptomatik sich hierdurch verstärkt. Die Beziehungen zwischen Cerebralsklerose und Eifersuchtwahn sind keineswegs eng. Man wird annehmen dürfen, daß eine stärkere Cerebralsklerose psychotische Dekompensationen fördern kann. Bei den an Eifersuchtwahn Leidenden handelt es sich überwiegend um Männer, das Verhältnis von Männern und Frauen beträgt 4:1. Der Beginn im 4. Lebensjahrzehnt, das paranoide Stadium mit der Isolierung aus der Gemeinschaft, das plötzliche Auftreten akustischer Halluzinationen, die enge Verknüpfung von Wahn und Halluzination, die Besonnenheit der Kranken, ihre Krankheitsuneinsichtigkeit und die Unkorrigierbarkeit der psychotischen Erlebnisse sowie das Ausbleiben des Persönlichkeitszerfalls bei starker Abhängigkeit psychotischer Erlebnisse von situativen Konstellationen rückt den Eifersuchtwahn in die Nähe der von PAULEIKHOFF beschriebenen paranoid-halluzinatorischen Psychosen des 4. Lebensjahrzehnts. PAULEIKHOFF setzt sich mit Nachdruck für den autochthonen Charakter des Eifersuchtwahns ein und ist der Auffassung, daß mit der Diagnose „Schizophrenie“ die Eigenart des Krankheitsbildes nicht geklärt, sondern weit eher in Dunkel gehüllt wird. — Die vorliegende klinisch ungemein wichtige, brilliant abgefaßte Studie gehört zweifellos zu jenen Arbeiten, die jeder Nervenarzt kennen und sich einprägen sollte.

PETRILOWITSCH (Mainz)^{oo}

C. Kalbitzer: Betrachtungen zum Wesen der Panik. [Bundeswehrlaz., Hamburg.] Wehrmed. Mschr. 12, 165—172 (1968).

E. Ottinger: Zur Psychologie der Gehirnwäsche. Wehrmed. Mschr. 12, 173—178 (1968).

Nicola Schipkowensky: Schizophrenia e omicidio. Quad. Crim. clin. 9, 273—306 (1967).

Verf., der früher an der psychiatrischen Klinik in München arbeitete und jetzt den Lehrstuhl für Neuropsychiatrie in Sofia inne hat, bezieht sich auf das von ihm verfaßte Buch „Schizophrenie und Mord“, Springer-Verlag, Berlin 1938. Weiteres Material hat er in Sofia gewonnen. Morde bei Schizophrenie werden nicht nur im Anfangsstadium der Erkrankung begangen, sondern auch Monate, Jahre, selbst Jahrzehnte nach Beginn der Erkrankung. Die Tat wird mitunter im schizophrenen Delirium durchgeführt, es gibt aber auch parabolische, automatische, impulsive

und katatonische Tötungen. Verf. weist dann auf die sog. verständlichen Morde von Schizophrenen hin. Genauere Beobachtung fördert meist krankhafte Anteile im Rahmen der Motive zutage (Referat nach Zusammenfassung in deutscher Sprache). B. MUELLER (Heidelberg)

John M. Suarez: A critique of the psychiatrist's role as expert witness. (Eine Kritik an der Rolle des Psychiaters als Gerichtssachverständiger.) [UCLA Neuropsychiatric Institute, Los Angeles, California, USA.] *J. forensic Sci.* 12, 172—179 (1967).

Die aus den USA stammende Arbeit rollt die gleichen Schwierigkeiten und Probleme auf, mit denen die forensische Psychiatrie in Deutschland konfrontiert wird: Dem Sachverständigen werden — oft in Verkennung seiner Möglichkeiten — Entscheidungen zugeschoben, die zu treffen richterliche Aufgabe wäre. Andererseits geht man leicht an dem vorbei, was die Psychiatrie in foro wirklich leisten könnte, nämlich eine Erhellung von Vorgeschichte, Persönlichkeit und Prognose des Täters, da sich das Interesse der Rechtsprechung überspitzt auf den Augenblick der Tat und die unmittelbaren rechtlichen Konsequenzen konzentriert. Aus der Unwissenheit oder Eigenwilligkeit des Sachverständigen bei der Stellungnahme zu rechtlich relevanten Fragen resultieren Urteile, die der Sache nicht angemessen sind. Der Autor tritt dafür ein, daß sich der Sachverständige darauf beschränkt, Tatsächliches darzustellen. RASCH (Köln)

StPO § 267; StGB §§ 51 Abs. 1, 330a (Erforderliche Urteilsfeststellungen zur rauschbedingten Unzurechnungsfähigkeit). Mit der bloßen Feststellung, der Angeklagte sei bei einem Blutalkoholgehalt von 2,4—2,5⁰/₁₀₀ rauschbedingt unzurechnungsfähig gewesen, genügt der Tatrichter den Erfordernissen des § 267 StPO in tatsächlicher Hinsicht auch dann nicht, wenn er sich hierbei einem Sachverständigengutachten anschließt, das die rauschbedingte Unzurechnungsfähigkeit des Angeklagten bei dem angegebenen Blutalkoholgehalt ohne nähere Begründung bejaht hat. [OLG Köln, UrT. v. 10. 1. 1967 — Ss 610/66.] *Neue jur. Wschr.* 20, 691—692 (1967).

Dem Urteil liegt folgender Tatbestand zugrunde: Der Angeklagte hatte einen Pkw gefahren, der BAG betrug mindestens 2,4⁰/₁₀₀. Der Richter des AG hatte ihm wegen Volltrunkenheit gem. § 330 aStGB zu einer Gefängnisstrafe von 10 Tagen verurteilt, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde. Die Revision der StA hatte Erfolg. Schon der BGH (Verk. Mitteil. 63, Nr. 1) hatte ausgeführt, daß Unzurechnungsfähigkeit bei einem BAG von 2,5⁰/₁₀₀ meist noch nicht vorliegt, sie könne zwar schon bei niederem BAG gegeben sein, treten aber in aller Regel erst bei höheren Konzentrationen ein; der Einzelfall bedürfe der Berücksichtigung, insbesondere die Alkoholverträglichkeit, die allgemeine körperliche Verfassung des Täter zum Zeitpunkt der Tat, Grad der Ermüdung, Zeit, Menge und Art der vorhergehenden Nahrungsaufnahme, Trinkgeschwindigkeit, etwaige seelische Erregung usw. Der Richter hätte seine eigenen Erwägungen aufzuführen oder die wesentlichen Anknüpfungstatsachen und Darstellungen des Sachverständigen im Urteil wiedergeben müssen (vgl. OLG Oldenburg-NJW 62-693 L). Für die neue Verhandlung wird darauf hingewiesen, daß der § 330 aStGB auch dann anzuwenden ist, wenn zweifelhaft bleibt, ob der Angeklagte unzurechnungsfähig war oder nicht (vgl. dazu BGH St 9, 390, — NJW 57, 71). G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

Frank E. Hartung: La responsabilità penale quale concetto scientifico. [Dept. Soziol. and Anthropol., Mayne State Univ., Detroit, Mich.] *Quad. Crim. clin.* 9, 307—359 (1967).

Verf. ist tätig an der Abteilung für Soziologie und Anthropologie der Universität Detroit. Nach der beigegebenen Zusammenfassung in deutscher Sprache geht er zunächst auf den Begriff der Verantwortlichkeit in der angelsächsischen Gesetzgebung ein. Geistige Abnormität muß streng von der psychologischen Abnormität abgetrennt werden, die psychoanalytischen Verfahren werden kritisiert. Die diagnostische Klassifizierung laut Krankengeschichte sollte nicht zu weit getrieben werden, soziologische Gesichtspunkte sollte man mit berücksichtigen. Einzelheiten müssen von hinreichend sprachgeübten Lesern dem Original entnommen werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

StPO § 81 (Voraussetzungen der Anordnung einer Beobachtungsunterbringung; Rechtsmittelverzicht). a) Der vor Anordnung der Beobachtungsunterbringung zu hörende Sachverständige muß von einer deutschen Landesärztekammer als „Facharzt

für Nerven- und Gemütskrankheiten“ oder unter einer ähnlichen Bezeichnung anerkannt sein. b) Dem Anhörungserfordernis kann auch dadurch genügt werden, daß das Gericht ein schriftliches ärztliches Zeugnis verwertet; der Verfasser muß aber zum gerichtlichen Sachverständigen ernannt worden sein, bevor er den Beschuldigten gesehen und untersucht hat. c) Eine Beobachtungsunterbringung ist nur zulässig, wenn und soweit das zu erstattende Gutachten für die Frage der Schuld- und Verhandlungsfähigkeit des Beschuldigten von Bedeutung ist und das Gutachten nicht auf Grund mehrfacher ambulanter Untersuchungen erstellt werden kann. d) Um eine öffentliche Heil- oder Pflegeanstalt im Sinne des § 81 StPO handelt es sich nur dann, wenn ihr Träger der Staat, eine Gemeinde, ein Gemeindeverband oder ein anderer Hoheitsträger ist. e) In dem Unterbringungsbeschluß muß die einzelne Anstalt, in der die Beobachtungsunterbringung vollzogen werden soll, bestimmt werden. f) Befindet sich der Unterzubringende in Untersuchungshaft, dann kann, nachdem der Unterbringungsbeschluß vorliegt, die Einweisung in die vorgesehene Anstalt nur durch den Haftrichter erfolgen. g) Ein Rechtsmittelverzicht des Beschuldigten gegen den Unterbringungsbeschluß ist unwirksam, wenn der Pflichtverteidiger dabei ausgeschaltet würde. [OLG Frankfurt, Beschl. v. 24. 11. 1966 — 3 Ws 558/66.] Neue jur. Wschr. 20, 689—690 (1967).

Dem Gerichtsbeschluß liegt folgender Sachverhalt zugrunde: Gegen den Beschuldigten führte die StA ein Ermittlungsverfahren wegen Betrugs im Rückfall u. a. in zahlreichen Fällen. Auf Grund eines Haftbefehls eines Amtsgerichts befand sich der Beschuldigte in Untersuchungshaft. Es erfolgte in dieser Zeit, aus später nicht mehr ersichtlichem Grunde, eine Untersuchung durch den Stadtarzt, der darlegte, daß der Beschuldigte an einer exogenen Depression leide und hochgradig suicidal sei. Es bestehe Haftunfähigkeit; der Beschuldigte bedürfe sofortiger stationärer psychiatrischer Behandlung auf einer geschlossenen Abteilung. Das Gerichtsgefängnis legte dem Haftrichter diesen Bericht vor und bat um Entscheidung gem. Nr. 57, Abs. 2 UHaftvoll.O. Der um Stellungnahme gebetene OStA beantragte daraufhin beim Landgericht die Einweisung in eine psychiatrische Krankenanstalt gem. § 81 StPO und zugleich die Hinzuziehung des Verteidigers. Gegen die am gleichen Tage angeordnete Verbringung in eine psychiatrische Klinik legte der Beschuldigte sofortige Beschwerde ein. Zuvor hatte er aber sein schriftliches Einverständnis mit der Unterbringung in dieser Klinik erklärt und einen Rechtsmittelverzicht ausgesprochen. Grundsätzlich muß, wie das OLG ausführte, der Verteidiger gem. § 140, Abs. 1, Nr. 6, § 81, Abs. 2 StPO gehört werden, und es soll diesem Gelegenheit gegeben werden, sich eingehend mit seinem Klienten zu beraten. Zu den weiteren rechtlichen Bedenken und Hinweisen seitens des OLG kann auf die Leitsätze verwiesen werden. G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

StPO §§ 429 a, 429 b (Zulässigkeit des Sicherungsverfahrens gegen einen erheblich vermindert zurechnungsfähigen Täter). a) Das Sicherungsverfahren ist auch gegen einen erheblich vermindert zurechnungsfähigen Täter zulässig, wenn seine Zurechnungsfähigkeit nicht ausgeschlossen und daher ein Strafverfahren gegen ihn nicht eingeleitet werden kann (Anschluß an BGHSt. 18, 167 = NJW 63, 547). b) Das gilt selbst dann, wenn im Strafverfahren ein Gericht höheren Ranges zu entscheiden hätte (Fortführung von BGHSt. 16, 198, 199 = NJW 61, 2170). [BGH, Urt. v. 26. 9. 1967 — 1 StR 378/67 (LG München I).] Neue jur. Wschr. 21, 412—413 (1968).

G. Schimmelpennig: Hat der praktische Arzt die Möglichkeit, in Notfällen die Zwangseinweisung eines psychisch Kranken vorzunehmen? [Univ.-Nervenklin., Münster.] Hippokrates (Stuttg.) 37, 608—611 (1966).

Verf. bemängelt mit Recht an den z.Z. geltenden Unterbringungsgesetzen der einzelnen Bundesländer das Fehlen des Fürsorgegedankens. Nur im Land Baden-Württemberg wird diesen Erwägungen Raum gegeben, da es z.B. die Behandlungsbedürftigkeit als Voraussetzung für einen Unterbringungsbeschluß gelten läßt. Kritisiert wird weiterhin die Schwerfälligkeit der

meisten Einweisungsverfahren, die sich besonders bei eiligen Fällen als hinderlich erweist. Der praktische Arzt, der Hausarzt, solle nicht unbedingt die Verantwortlichkeit in problematischen Fällen für die Zwangseinweisung übernehmen, z. B. bei einem Pat. mit einer cerebralen Gefäßsklerose, der völlig besonnen inhaltlich harmlose Wahnideen vorbringt oder von Trugwahrnehmungen berichtet. Diese Pat. können zunächst dem Nervenarzt oder dem Gesundheitsamt zur Betreuung durch die psychiatrische Außenfürsorge überwiesen werden. Das gleiche gelte auch für Suchtkranke, insbesondere Trunksüchtige. Dagegen wird der Hausarzt im Falle einer akuten Psychose u. U. sofort handeln müssen, da hier manchmal keine Zeit bleibe, vorher das Ordnungsamt zu benachrichtigen. In derartigen Fällen sei der Hausarzt meist nicht nur berechtigt, sondern sogar verpflichtet, einzugreifen, da er sich z. B. bei einem suicidalen oder die Umgebung gefährdenden Kranken der unterlassenen Hilfeleistung schuldig mache. Wenn auch die Unterbringungsgesetze wegen ihrer mangelnden Berücksichtigung therapeutischer Gesichtspunkte durchaus unbefriedigend seien und andere Länder sehr viel bessere Lösungen gefunden hätten, so habe es sich doch ergeben, daß man mit diesen Gesetzen in der Praxis auskommen könne. Allerdings sollte man die Zwangseinweisung zu vermeiden suchen, wo immer es möglich sei, auch keineswegs versuchen, den Pat. durch Unwahrheiten oder Hinterlisten zu täuschen. Mißgriffe werde man am ehesten vermeiden, wenn man die Zwangseinweisung nicht als Abschluß eines unleidigen Zwischenfalls betrachtet, sondern — wie bei jeder anderen Krankenhauseinweisung — als Teilstück der Behandlung.

PHILIP (Berlin)

R. Brickenstein: Über die geistige Tauglichkeit Wehrpflichtiger. [Inspekt. d. Sanit. u. Gesundh.-Wes., Bundesminister. d. Verteidig., Bonn.] Wehrmed. Mschr. 10, 85—91 (1966).

Der Verf. betont, daß sowohl die Untersuchung auf körperliche als auch auf geistige Tauglichkeit, sowie auf die Verwendungsfähigkeit des Soldaten in der Truppe von Ärzten durchgeführt werden soll, und gibt für den prakt. Arzt wertvolle Hinweise auf die bekannten psychiatrischen Gesichtspunkte, die bei der militärärztlichen Untersuchung zu berücksichtigen sind, und auf die Zuordnung psychiatrischer Auffälligkeiten und Leiden zu den kürzlich neu eingeführten Tauglichkeitsurteilen T (tauglich, bisher tauglich I—III), B (beschränkt tauglich und im Frieden nicht zum Wehrdienst verpflichtet, bisher tauglich IV), Z (vorübergehend untauglich) und U (dauernd untauglich) auf Grund der seit alters gebräuchlichen, in der Bundeswehr nur anders durchnummerierten und verschiedentlich in Einzelheiten geänderten Fehlertabelle der ZDv 46/1 (Bestimmungen für die Durchführung der ärztlichen Untersuchung bei der Musterung von Wehrpflichtigen, Annahme, Einstellung und Entlassung von Soldaten), die für Wehrpflichtige und Freiwillige gilt. Deren Musterungs-, Einstellungs- oder Annahmeverfahren führen zwar Medizinbeamte des BMVtdg. oder San.-Offiziere bzw. deren zivile Vertragsärzte durch, doch erfolgt neuerdings (nach der 3. Novelle zum Wehrpflichtgesetz) bei der Musterung außerdem eine umfangreiche „EV-Prüfung“ (Eignungs- und Verwendungsprüfung) mit Hilfe psychologischer Testverfahren durch Diplompsychologen, die als Beamte im Dienste des BMVtdg. stehen und bereits seit langem schon bei den Auswahlprüfungen für Freiwillige in den Annahmestellen tätig waren. — Der Verf. lehnt psychologische Testmethoden als Hilfsmittel für die ärztliche Untersuchung der geistigen Tauglichkeit ab. Ebenso habe der Militärpsychiater der „Nationalen Volksarmee“ FISCHER erklärt, daß „für die Truppenpraxis erprobte, einfache und für die Waffengattungen spezifische Testmethoden nicht vorhanden seien“. Vom Verf. werden die gewissermaßen klassischen Methoden der erbbiologischen und biographischen Exploration empfohlen, sobald Schwachsinnverdacht auftaucht, ferner die Verhaltensbeobachtung (als „systematische Arbeitsunterlage und Gedächtnisstütze wurde eine Erhebungsbogen „Geistige Tauglichkeit“ ausgearbeitet“, der in diesen Fällen verwendet werden soll). In Zweifelsfällen kann bei Musterungen durch Überweisung neuerdings unbeschränkt das Urteil eines zivilen Nervenarztes erbeten werden, der jedoch nicht nach der in Frage stehenden geistigen Tauglichkeit des Wehrpflichtigen gefragt werden sollte, sondern nach Klassifikation und Prognose der festgestellten psychischen Auffälligkeiten oder Leiden. — Grundsätzlich gibt der Verf. folgende Hinweise für die Tauglichkeitsbeurteilung: U seien Wehrpflichtige mit endogenen Gemütsleiden, ausgeprägtem Schwachsinn, schwerer Psychopathie (auch sexuellen Perversionen wie z. B. Homosexualität) und Neuropathie, Z solche, bei denen der Verdacht auf ein endogenes Gemütsleiden besteht, oder die an einer abnormen Erlebnisreaktion leiden oder noch nicht „die ausreichende seelisch-sittliche-geistige Reife haben“, und B „intellektuell Beschränkte bis leicht Schwachsinnige sowie Männer mit leichteren psychopathisch-psychogenen Störungen und leichteren neuropathischen Erscheinungen“.

DEUSSEN (Köln)⁹⁰