

Arbeiten beschrieben. Gaschromatographische Untersuchungen der aus den Verbrennungsrückständen verdampfbaren Stoffe ergab bei Zusatz von Brandbeschleunigern charakteristische Chromatogramme. Derartige Untersuchungen sollten baldmöglichst nach dem Brand erfolgen. Um den Verlust flüchtiger Substanzen aus den Brandrückständen zu vermeiden, wird deren Überschichtung mit Wachs vorgeschlagen.

J. G. GOSTOMZYK (Freiburg i. Br.)

Versicherungs- und Arbeitsmedizin

● **Das ärztliche Gutachten im Versicherungswesen.** 3., völlig Neubearb. Aufl. Hrsg. von A. W. FISCHER, R. HERGET und G. MOLLOWITZ. Bd. 1: Juristische Fragen. Begutachtung der Unfallfolgen und Berufskrankheiten. Chirurgie. Orthopädie. Hautkrankheiten. Urologie. HNO-Heilkunde. Augenheilkunde. Stomatologie. Rententabellen. München: Johann Ambrosius Barth 1968. 885 S. mit Abb. u. Tab. Geb. DM 135.—

Die vorangegangene 2. Auflage dieses Buches ist in d. Z. 45, 468 (1956) besprochen worden; für den verstorbenen Mitherausgeber MOLINEUS ist Prof. MOLLOWITZ, Chefarzt der Chirurg. Abteilung des Krankenhauses in Moers in das Herausgeberkollegium einbezogen worden. An der Abfassung dieses Buches sind 25 Mitarbeiter beteiligt. Unter diesen Umständen machte, wie die Herausgeber ausführen, die Abgrenzung der Abschnitte Schwierigkeiten, gewisse Überschneidungen und verschiedene Auffassungen wurden in gewissen Grenzen zugelassen. Die Gebiete, die in den einzelnen Abschnitten abgehandelt werden, ergeben sich aus der Überschrift des Referates. Nachfolgende Einzelheiten seien erwähnt: Ministerialrat Dr. jur. MATZKE macht darauf aufmerksam, es liege im Ermessen des Gutachters, weitere Ermittlungen anzustellen, andere Sachverständige zu befragen und Auskünfte von Behörden oder sonstigen Anzustellen einzuholen. Diese Auffassung wird nicht von allen Juristen geteilt. (SARSTEDT, Tagung d. Dtsch. Gesellschaft f. gerichtl. Med., September 1967 in Kiel). Hat ein Gutachter von Befunden Kenntnis, die er an den zu Begutachtenden gelegentlich einer ärztlichen Behandlung erhoben hat, so darf er nicht vergessen, sich vor Erstattung des Gutachtens von der Schweigepflicht befreien zu lassen. Im Rahmen der ärztlichen Ausführungen wird betont, daß man bei Begutachtung des gleichen Falles je nach der Rechtslage im Strafrecht, im Zivilrecht, im Versicherungsrecht, im Versorgungsrecht, im Verfolgtengerecht, sowie unter Berücksichtigung der Bestimmungen der privaten Unfallversicherung zu differenten Ergebnissen kommen kann; hierfür werden Beispiele gebracht. Beim Badetod liegt in der Regel kein Unfall vor (PERRET). Als Grenze der absoluten Fahruntüchtigkeit nach Alkoholgehalt werden noch 1,5‰ angegeben. (Der Grenzwert beträgt jetzt 1,3‰). Bei Besprechung der Fortbildungspflicht des Arztes weist PERRET darauf hin, daß den Arzt jährlich 700 neu erschienene Bücher und 110000 Zeitschriftenseiten im Jahre zur Verfügung stehen; bei diesem Dschungel an Literatur ist die Fortbildung durch Lektüre sehr erschwert. Die artifiziell herbeigeführten Stauungsödeme der unteren Gliedmaßen werden erwähnt. Von einer röntgenologischen Darstellung der samenabführenden Wege wird wegen der Gefahr der Entstehung von narbigen Strukturen abgeraten. Hodenbiopsie bei Begutachtungen ist nicht zumutbar. Der Hirnchirurg in Kiel, Prof. BUES weist statistisch nach, daß subjektive Beschwerden nach Hirntraumen von Verletzten ohne Versicherungsschutz häufiger sind und längere Zeit hindurch geäußert werden, als von Verletzten mit Versicherungsschutz. Der Band endet mit ausführlichen Rententabellen und einem eingehenden Sachregister. Nach jedem Abschnitt wird die Literatur sehr sorgfältig zitiert. — Jeder, der Gutachten zu erstatten hat, findet Aufschluß in diesem gut gelungenen ersten Band des Gesamtwerkes.

B. MÜLLER (Heidelberg)

● **Medizin im Sozialrecht.** Ergänzungsfg. 56. Neuwied/Rh.: Hermann Luchterhand 1968.

Ärztliche Feststellung der *Arbeitsunfähigkeit* und Beginn des Krankengeldes (BSG Urteil v. 18.3.66, 3 RK 58/62): nach § 183, Abs. 3 Satz 1 RVO ist der Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wurde, für den Beginn des Krankengeldes immer dann maßgebend, wenn es dem Versicherten nicht objektiv unmöglich war, die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit am Tage ihres Eintritts zu erlangen. — Die Unterlassung des Versuchs, bei *Verlust von Röntgenaufnahmen* noch verfügbare unmittelbare Beweismittel zur Klärung der *Zusammenhangsfrage* auszuschöpfen, stellt einen wesentlichen Verfahrensmangel dar (BSG Urteil vom 14.12.65, 2 RU 168/62). Als wesentlicher Verfahrensmangel gilt auch die Unterlassung einer notwendigen klinischen Untersuchung zugunsten einer die medizinischen Zweifelsfragen nicht klärenden Termin-

untersuchung (BSG Urteil v. 26.5.66, 2 RU 36/64). — *Lungenemphysem*: Die Auswertung einer Schädigung im Sinne des § 1 Abs. 1 BVG steht der Berücksichtigung weiterer Folgen des schädigenden Ereignisses nach § 62 BVG nicht entgegen. Ist somit das Ausmaß des Schadens durch die Anerkennung noch nicht festgelegt, so kann die Feststellung weiterer Schädigungsfolgen nur auf der Grundlage der Verhältnisse erfolgen, die bei Eintritt des schädigenden Ereignisses bestanden haben; nur durch sie wird der Schaden, der auf die Schädigungsexposition zurückzuführen ist, begrenzt bzw. bestimmt (BSG Urteil vom 27.9.65, 9 RV 1142/61). — Das *Einnehmen von Medikamenten* aus der Werksambulanz zur Bekämpfung einer beginnenden Erkrankung ist grundsätzlich dem unversicherten persönlichen Lebensbereich zuzurechnen, so daß dadurch verursachte Gesundheitsstörungen keine Entschädigungsansprüche begründen, wenn das Medikament während der versicherten Tätigkeit, z. B. der Arbeitszeit, genommen wurde (BSG Urteil vom 28.10.66, 2 RU 2/62).
G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

Peer Zerndt: *Beweisfragen an den Gutachter*. Med. Sachverständige 64, 163—164 (1968).

Im Bestreben, die gemeinsame Arbeit von Ärzten und Juristen in der Sozialgerichtsbarkeit reibungsärmer zu gestalten, werden Vorschläge für die Formulierung von Beweisschlüssen gemacht. Verf. tritt der leider in der Praxis immer wieder zu beobachtenden Unsitte entgegen, dem Arzt rechtliche Wertungen aufzutragen, die zudem außerhalb seines fachlichen Erfahrungsbereichs liegen.
G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

W. Eckert: *Die Sozialkur*. [Klin. f. Innere, Herz- u. Kreislaufkrankh., Fachklin. Königstuhl, Heidelberg.] Mkruse ärztl. Fortbild. 18, 334—336 (1968).

Sozialkuren können sowohl auf Veranlassung der Krankenversicherung als auch auf Kosten der Rentenversicherung absolviert werden. Die Träger dieser beiden Versicherungen sollten besser zusammenarbeiten und die Ärzte bei der Antragstellung vorsichtiger sein. Wenn nach Art der Krankheit eine Sozialkur zu einer Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß oder zur Aufhebung oder zur Hinauszögerung der Berufsunfähigkeit nicht führen kann, sollten die Ärzte von der Antragstellung absehen oder ihre Zweifel in ihrem Attest in vorsichtiger Form zum Ausdruck bringen.
B. MUELLER (Heidelberg)

Honorar für Verschreibung von Kontrazeptiva? Münch. med. Wschr. 110, 1740 (1968).

Wenn ein Kassenarzt die Entstehung einer Schwangerschaft aufgrund eines bestehenden Krankheitszustandes für unerwünscht hält, kann er im Rahmen der Leistungen der Krankenkasse auch antikonzepzionale Mittel verschreiben. Wünscht jedoch die Frau die Verordnung dieses Mittels, weil sie von sich aus eine Schwangerschaft vermeiden will, so ist der Arzt berechtigt, Honorar zu verlangen (Beantwortung einer Anfrage durch Dr. OTTO FENNER, Hamburg I, Bergstr. 14).
B. MUELLER (Heidelberg)

SGG §§ 97 Abs. 1 Nr. 2, 175 (Aufschiebende Wirkung einer Klage gegen Regreßbescheid einer kassenärztlichen Vereinigung. [LSG Bremen, Beschl. f. 25. 1. 1968 — LBR 1/68.] Neue jur. Wschr. 21, 1208 (1968).

Die Klage eines zugelassenen Kassenarztes vor dem Sozialgericht hat hinsichtlich des angefochtenen Regreßbescheides einer kassenärztlichen Vereinigung aufschiebende Wirkung mit der Folge, daß die Regreßforderung bis zur rechtskräftigen Entscheidung über den Rechtsstreit nicht beigetrieben werden darf. § 97 Abs. 1 Nr. 2 SGG auf den vorliegenden Tatbestand anzuwenden, da dem Kläger sonst durch die Vollziehung des angefochtenen Hoheitsaktes ein erheblicher Nachteil erwachsen wäre, besonders dann, wenn dadurch vollendete Tatsachen geschaffen worden wären (vgl. dazu die formellen Grundrechte des Art. 19, Abs. 4 GG und auch § 175 SGG).
G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

W. Krösl: *Die Bedeutung des Wegunfalles für die gesetzliche Unfallversicherung Österreichs*. [31. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich.-, Versorg.- u. Verkehrsmed. e.V., Berlin, 8.—10. V. 1967.] Hefte Unfallheilk. H. 94, 281—286 (1968).

Mit steigender Motorisierung haben von 1951—1962 die Verkehrsunfälle in Wien um 40%, in den Bundesländern um 120—600% zugenommen. Die größere Gefährdung der Landbevölkerung wird auf die Zunahme der einspurigen Fahrzeuge, insbesondere der Mopeds, in der Provinz zurückgeführt. In der Hauptstadt sind die Personenschäden geringer, die relative Zahl der Verkehrstoten ist nur halb so groß. Demgegenüber sinken die Arbeitsunfallzahlen. Die Allgemeine

Unfallversicherungsanstalt hat Einfluß auf die Arbeitsunfall-Verhütung, nicht auf die Wegeunfälle, bemüht sich aber, deren Folgen möglichst gering zu halten. In den letzten 40 Jahren sind 31 teils eigene, teils vertragliche Behandlungsstätten und Rehabilitationszentren für Unfallfolgen vorwiegend des Bewegungsapparates entstanden oder im Bau, $\frac{7}{8}$ der Fälle werden ambulant behandelt. Die Zahl der Rentenzugänge sinkt ständig. Es stehen 2900 Unfallbetten = 1 Bett für 2500 Einwohner zur Verfügung, angestrebt wird 1 Unfallbett für 1000 Einwohner.

D. MUTHMANN (Volmarstein)°°

H. W. Schreck: Zur Frage der Hilflosigkeit in der ärztlichen Begutachtung. *Med. Welt, N.F.*, 19, 1653—1656 (1968).

Die Einschätzung der „Hilflosigkeit“ im Geltungsbereich des BVG wird aus chirurgischer Sicht diskutiert. Verf. kommt in Anlehnung an das BSG Urteil vom 30.9.66 zu der Auffassung, daß die in der Legaldefinition aufgeführten Gruppen von Beschädigten (Doppelamputierte, Hirnverletzte etc.), denen ex lege eine bestimmte Pflegezulage gewährt wird, als Vergleichsmaßstäbe für andere Kriegsoffer dienen sollten, schon um zu gerechter Beurteilung des Einzelfalles zu gelangen. Zu unterstreichen ist die Meinung, daß einzelne Gutachter in der MDE-Bemessung die Ansprüche an die „Zumutbarkeit“ zu hoch stecken, mancher Beschädigte kann also infolge unterschiedlicher Vorstellungen der Ärzte über sein verbliebenes Leistungspotential materielle Nachteile erleiden.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

Alessandro Chini e Ignazio Pitzorno: In tema di valutazione del danno da splenectomia posttraumatica. Ricerche di fisiopatologia gastrica. (Zur Frage der Schadensbewertung nach posttraumatischer Splenektomie. Physiopathologische Untersuchungen des Magens.) [*Ist. Med. Leg. Assicurazioni, Univ., Roma.*] *Zacchia* 42, 166—182 (1967).

Zwecks Schätzung der durch eine posttraumatische Splenektomie herbeigeführten Erwerbsminderung nahmen Verff. an 14 Personen klinische Untersuchungen vor. Sie kamen zu dem Resultat, daß nach Verabfolgung der Probemahlzeit ein Abfall der Säurewerte im Magensaft zu erkennen war, und zwar bei 10 von 14 einschlägigen Fällen.

B. MUELLER (Heidelberg)

Paolo Cati e Walter Nicoletti: Considerazioni medico-sociali sui termini cronologici della revisione per aggravamento del danno oculare da infortunio sul lavoro. *Zacchia* 42, 153—165 (1967).

Giuseppe de Petra e Vincenzo Petraroli: La nozione di malattia nell'ambito delle assicurazioni private. *Zacchia* 41, 533—547 (1966).

P. Hurni: Ein Spaziergang durch die eidgenössische Militärversicherung. [*Eidg. Militärversicherung, Bern.*] [*Schweiz. Ges. f. Soz.-Med., Bern, 15. X. 1967.*] *Praxis (Bern)* 57, 864—868 (1968).

Die Haftpflicht der EMV (eidgenössische Militärversicherung) deckt nicht nur die im Militärdienst erworbenen Schädigungen. Ebenso werden beispielsweise Verschlimmerungen vordienstlicher Leiden bzw. Impfschäden übernommen. Unter den Leistungen umschreibt der Verf. eingehend die Pflegekosten (vollständige Übernahme), das Krankengeld (deckt 80—90% des Verdienstausfalles bis maximal 27000 sFr pro Jahr), den Begriff des erheblichen Integritätsschadens und die Nachfürsorgeleistungen (Rehabilitation). Aufbau und Organisation der EMV werden dargelegt unter besonderer Anführung der Bäderstation Ragaz und des Militärhospitals Novaggio. Das Jahresbudget beläuft sich derzeit auf rund 75 Mio sFr ($\frac{3}{4}$ für Patienten, $\frac{1}{4}$ für Ärzte und Verwaltung).

HANSPETER HARTMANN (Zürich)

J. Guallar Segarra y J. Caminos Gochi: Norma de tratamiento y resultados obtenidos en la rehabilitación de la insuficiencia respiratoria de enfermos silicóticos. [*Sanat.-Hosp. Enfermedad. d. Tórax „La Magdalena“, Castellón.*] *Rev. clin. esp.* 109, 225—230 (1968).

A. Schwaderer: Zur Beurteilung des Erwerbsminderungsgrades einer Silikose (unter Berücksichtigung des § 581 RVO Abs. 3). *Med. Sachverständige* 64, 176—178 (1968).

H. Bohlig: Berufs- und Umgebungsgefährdung durch Asbest. [*Strahlenabt., Städt. Krankenh., Lüdenscheid.*] *Dtsch. med. Wschr.* 93, 1529—1531 (1968).

G. Susbielle et P. Cabarrou: A propos de 3 cas de maladie ostéo-articulaire des caissons. [Soc. Méd. Hyg. Travail, 11. XII. 1967.] Arch. Mal. prof. 29, 324—327 (1968).

K. H. Männche: Die Caissonkrankheit — auch für Sporttaucher eine Gefahr. [Chir. Klin., Zentralkrankenh., Bremen-Nord.] Med. Welt, N.F., 19, 1605—1609 (1968).

Die Dekompressionskrankheit als Folge eines zu raschen Auftauchens geht auf multilokuläre Gasembolien zurück. Bei leichten Verläufen bilden sich Hautrötungen und kurzdauernde Parästhesien („Taucherflöhe“). In schweren Fällen kommt es zu Muskel- und Gelenkschmerzen („Bends“). Besonders schwere Dekompressionsunfälle haben Gasembolien im Zentralnervensystem mit Dauerschäden oder tödlichem Ausgang zur Folge. Falls am Tage mehrfach getaucht wird, addieren sich die Wirkungen; bei der Berechnung der jeweils erforderlichen Dekompressionspausen müssen die Tauchzeiten aller im Verlauf von 12 Std durchgeführten Tauchgänge zu den unmittelbar bevorstehenden Tauchgängen addiert und auf die größte Tauchtiefe aus den verschiedenen Tauchgängen bezogen werden. Auch der Sporttaucher sollte mit Dekompressionstabellen vertraut sein und sie zu Rate ziehen. Das Referat bringt zum Schluß Hinweise über die Durchführung einer sachgerechten Rekompensation bei Tauchunfällen. Vor geplanten Flugreisen sollte 24 Std nicht getaucht werden, um eine Caissonkrankheit während des Fluges zu vermeiden.
Bschor (Berlin)

A. Cavigneaux, P. Benard, G. B. Cabasson et Y. Delplace: Dermatophyties professionnelles d'origine animale. [Soc. Méd. Hyg. Travail, 15. I. 1968.] Arch. Mal. prof. 29, 329—332 (1968).

AVG § 23 Abs. 2 (Berufsunfähigkeit einer Hausfrau). Zur Beurteilung der Berufsunfähigkeit der selbstversicherten Hausfrau. [BSG, Urt. v. 16. I. 1968 — 11 RA 290/66 (Celle).] Neue jur. Wschr. 21, 959—960 (1968).

Die Klägerin war als Hausfrau in die Selbstversicherung eingetreten und auch während der Selbstversicherungszeit nur als solche tätig gewesen. Nach Auffassung des LSG Celle war für die Frage, ob der Klägerin als selbstversicherter Hausfrau eine Rente zustehe, als entscheidend angesehen worden, ob ihre Fähigkeiten zur Verrichtung von Hausarbeiten aus gesundheitlichen Gründen auf weniger als die Hälfte herabgesunken sei. Die Rentenberechtigung war vom LSG mit der Begründung verneint worden, daß die Klägerin „im eigenen Haushalt wirtschaftlich auf Ganze gesehen mindestens noch die Hälfte der Arbeiten einer gesunden Vergleichsperson verrichten könne“. Das Gesetz (vgl. § 23 Abs. 2 AVG) stellt indessen ausdrücklich auf die Erwerbsfähigkeit und nicht auf die Leistungsfähigkeit ab, in jedem Falle ist der „bisherige Beruf“, die ausgeübte Tätigkeit oder eine solche, die ihr am ehesten entspricht, für die Bewertung zugrunde zu legen. Vergleichspersonen wären demnach Pflichtversicherte mit „adäquater Beschäftigung“, also z. B. Haushälterinnen, die zwar einen Haushalt selbständig leiten, aber in einem abhängigen Arbeitsverhältnis stehen. Ist die Erwerbsfähigkeit der Klägerin bei einer Beschäftigung als Haushälterin nun um mehr als die Hälfte gesunken, so bedeutet das nicht schon, daß sie berufs-unfähig ist; zu prüfen bleibt weiter, ob die Klägerin auf andere Tätigkeiten zu verweisen ist, in denen sie die „gesetzliche Lohnhälfte“ verdienen kann. Hierbei sind „adäquate Berufe“ nur insoweit zu berücksichtigen, als dies den entrichteten Beiträgen entspricht; der Selbstversicherte genießt nur insoweit „Berufsschutz“, als er seinem Beruf entsprechende Beiträge entrichtet hat; ein „Gruppenschutz“, der eine Verweisung auf abhängige Arbeiten ausschliesse, besteht nicht (vgl. BSGE 25, 129). Der durch Art. 6 GG begründete Schutz der Familie steht dem auch bei selbstversicherten Hausfrauen nach Auffassung des BSG nicht entgegen. Eine Verweisung auf einfache, eingelernte Frauentätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ist demnach nur dann unzumutbar, wenn eine Versicherte während ihrer Selbstversicherungszeit, jedenfalls überwiegend, höhere Beiträge entrichtet hat als eine Arbeitnehmerin des allgemeinen Arbeitsfeldes hat entrichten müssen. Die wirtschaftliche und soziale Wertung der bisherigen Tätigkeit ist mithin nicht entscheidend.
G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

F. Schwarze und G. Machnitzky: Die „Rente auf Zeit“ aus ärztlicher Sicht. Med. Sachverständige 64, 129—138 (1968).

G. Krickau: Zur Nachuntersuchung in der Rentenversicherung. Med. Sachverständige 64, 139—141 (1968).

M. Blohmke, A. Grüntzig und H. Schaefer: Die Ergebnisse der Heidelberger Herz-Kreislaufstudie im Spiegel internationaler Zahlen. [Arbeitsphysiol.-Exp. Abt.,

Inst. f. Soz.- u. Arbeitsmed., Univ., Heidelberg.] Bundesgesundheitsblatt 11, 49—52 (1968).

Nach dem vorliegenden statistischen Material der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stieg in den Jahren 1952—1962 die Sterbehäufigkeit an Herz- und Kreislaufkrankheiten bei Männern zwischen 45 und 65 Jahren in der Bundesrepublik um 61,9% an. Es besteht das Bestreben, bezüglich des Zustandes von Herz- und Kreislauf in den einzelnen Ländern Zahlen zu gewinnen, die miteinander vergleichbar sind. Entsprechende Untersuchungen wurden von Verff. eingeleitet, aus denen folgende Einzelheiten wiedergegeben werden mögen. Verdacht auf Herzinfarkt wurde bei Reihenuntersuchungen in Moskau wesentlich häufiger verzeichnet, als bei uns und in übrigen Ländern. Von 59 Personen, bei denen Verdacht auf Herzinfarkt bestand, gaben 12 (1,2%) gleichzeitig Beschwerden an, die auf Angina pectoris hinwiesen, während bei 53 nur Beschwerden geäußert wurden, die einer Angina pectoris entsprachen. Untersucht wurden auch Blutdruck und das Serumcholesterin. Die Cholesterinmittelwerte lagen in der Gegend von Heidelberg etwas höher als in anderen Ländern Europas. Menschen, die mehr als 25 Zigaretten rauchen (pro Tag) gab es in Brüssel 13%, in Mailand und Moskau 10%, in Neapel 19% und in Heidelberg 6%. Es ist anzunehmen, daß diese interessanten Untersuchungen fortgesetzt werden. Weitere Einzelheiten müssen dem Text der Arbeit entnommen werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

Salvatore Casa e Luigi Cerchiai: *Rilievi statistici sull'incidenza dell'infarto miocardico con particolare riguardo all'attività lavorativa*. Difesa soc. 1, 152—158 (1967).

Nach dem Inhalt der Zusammenfassung in deutscher Sprache handelt es sich um soziologische Untersuchungen über die Eingliederung von Infarktpatienten des Krankenhauses „Villa San Pietro“ in Rom in den Arbeitsprozeß. Es ist verständlich, daß dies bei Handarbeitern schwerer ist als bei geistigen Arbeitern.

BERTHOLD MUELLER (Heidelberg)

Vincenzo Mario Palmieri: *Le emigrazioni dei Neapolitani da un punto all'altro della città. Aspetti sociologici*. [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Napoli.] Difesa soc. 1, 7—31 (1967).

Der vielen deutschen Fachkollegen bekannte Gerichtsmediziner in Neapel ist diesmal auf soziologischem Gebiet tätig gewesen. Er hat die Auswirkung von Bevölkerungsumsiedlungen in der Großstadt Neapel untersucht und festgestellt, daß es nicht zu einer „Homogenisierung“ zwischen den alten und neuen Einwohnern kommt. Die sich daraus ergebenden Schwierigkeiten werden geschildert (Referat nach Zusammenfassung in deutscher Sprache). B. MUELLER (Heidelberg)

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

● P. C. Kuiper: *Die seelischen Krankheiten des Menschen. Psychoanalytische Neurosenlehre*. (Schriften z. Psychoanalyse u. Psychosom. Medizin. Hrsg. von WOLFGANG LOCH, ALEXANDER MITSCHERLICH u. THURE VON UEXKÜLL. Bd. 6.) Bern u. Stuttgart: Gemeinschaftsvlg. Hans Huber — Ernst Klett 1968. 278 S. DM 19.80.

Im 1. Teil des Buches werden die „allgemeinen Grundlagen“ der psychoanalytischen Neurosenlehre entsprechend der Freudschen Konzeption dargestellt: Nach Beschreibung der durch Ich, Es und Über-Ich gebildeten Persönlichkeitsstruktur werden Formen der „Triebabwehr“ wie Verdrängung, Verschiebung, Verkehrung ins Gegenteil und Regression erläutert. Hauptmotiv der Triebabwehr sei die Angst vor Liebesverlust, die zur Übernahme elterlicher Forderungen durch „Internalisierung“ und so zur Ausbildung des „Über-Ichs“ führe. Hemmungen durch ein zu strenges Über-Ich seien Ursachen neurotischer Komplikationen. — Bei der Entwicklung des Triebens stünden in der „oralen Phase“ passive Triebziele (Sättigung und Pflege) im Vordergrund, die „Analphase“ bringe erstes Interesse an eigenen Produkten, Lust an Aktivität und Beherrschung der Motorik, in der „phallischen“ oder „ödipalen Phase“ werde normalerweise beim Jungen eine aktive sexuelle Einstellung zur Mutter und eine konkurrierende Haltung gegenüber dem Vater eingenommen. Statt dieses „positiven“ werde ein „negativer Ödipus-Komplex“ bei einer als bedrohlich erlebten Vaterfigur ausgebildet, der zur „femininen Identifikation“ und passiven Grundhaltung führe. Beim Mädchen stehe in der ödipalen Phase der „Kastrationskomplex“ („Penisneid“) im Vordergrund, die Mutter werde als Konkurrentin, der Vater als anziehend erlebt. — Systematische Aufführungen über „topische“, „funktionelle“, „strukturelle“, „dynamische“, „ökonomische“, „genetische“ und „adaptive“ Aspekte der psychoanalytischen Sicht-