

Gunnar Johanson and Tom Saldeen: A new method for the radiological detection and identification of fragments of teeth and bone recovered from burnt victims. (Eine neue Methode zur radiologischen Entdeckung und Identifizierung von Zähnen und Knochen bei Brandleichen.) [Dept. Oral Histopath., Univ. of Lund, Malmö, and Dept. Forens. Med., Univ., Uppsala.] *J. forensic Med.* 16, 26—28 (1969).

Verff. haben eine Methode entwickelt, bei der Brandschutt, welcher vermutlich menschliches Zahn- und Knochenmaterial enthält, in Plastikbehältern (24×30×5 cm) gesammelt und nach Abdecken mit einer in Felder eingeteilten Plastikfolie geröntgt wird. Die eine Seitenwand ist abnehmbar, der Kastenboden besitzt an dieser Seite eine scharfe Kante, die es ermöglicht, den Schutt durch Schieben des Behälters auf der Unterlage einzusammeln. Auf dem Röntgenbild können dann Zähne, Knochenteile und andere schattengebende Materialien wie Schlüssel, Geschosse oder Hülsen, auch wenn sie mit Brandresten verschmutzt sind, erkannt und dem Proben-träger gezielt entnommen werden.
Schaidt (Erlangen)

Gunnar Johanson and Tom Saldeen: Identification of burnt victims with the aid of tooth and bone fragments. (Identifizierung von Brandleichen mittels Zahn- und Knochenfragmenten.) [Dept. Oral Histopath., Univ. of Lund, Malmö.] *J. forensic Med.* 16, 16—25 (1969).

Es werden drei Fälle beschrieben, bei denen die Identifizierung völlig verbrannter Personen durch makromorphologischen und röntgenologischen Vergleich am Brandort gefundener Zähne, Knochen und Zahnersatzstücke mit für klinische Zwecke angefertigten Röntgen-Aufnahmen gelang.
Schaidt (Erlangen)

Yu. M. Gladyshey: Species diagnosis of human and animal bones: microscopic features. *Sudebnomed. eks. (Mosk.)* 12, Nr. 3, 3—8 (1969) [Russisch].

Hermann Brandstätter: Zur Diagnose der Persönlichkeitsintegration aus der Handschrift. [Psychol. Inst., Abt. Angew. Psychol., Univ., München.] *Psychol. Rdsch.* 20, 159—172 (1969).

H. J. Yallop: The pressures developed in the Ronan Point explosion. [Royal Armament Res. and Developm. Establishm., Fort Halstead, Kent.] [17. Symp., Forens. Sci. Soc., London, 2. XI. 1968.] *J. forens. Sci. Soc.* 9, 45—47 (1969).

Versicherungs- und Arbeitsmedizin

Josef Stockhausen: Arzt und Medizin — Strukturen und Tendenzen. Wissensexplosion auch in der Medizin. *Dtsch. Ärzteblatt* 66, 2245—2250 (1969).

Es handelt sich um die Antrittsvorlesung, die Verf. anlässlich der Berufung in den Lehrkörper der Medizinischen Fakultät der Universität Marburg gehalten hat. Hinweis auf die Bestrebungen der Ärzte, lange an Krankenhäusern zu arbeiten und eine Niederlassung in Einzelpraxis zu verzögern. Überhaupt geht jetzt eine Tendenz dahin, den Kranken in einer Gemeinschaftspraxis behandeln zu lassen, und zwar von einer ganzen Ärztemannschaft, womöglich unter Benutzung des Computers. Die Ärzte sollen alle Angestellte werden und festes Gehalt beziehen. Der Kranke wünscht aber, so betont Verf., ein persönliches Vertrauensverhältnis zum Arzt, er plädiert für Beibehaltung der freien Arztwahl, für Beibehaltung der Einzelpraxis, für Unabhängigkeit ärztlicher Tätigkeit und für Honorierung nach Leistung. Die von Verf. gewählten Formulierungen sind, wie man es bei ihm gewohnt ist, recht treffend.
B. Mueller (Heidelberg)

SGG § 97; GG Art. 19 Abs. 4; RVO § 368n Abs. 4 (Vollziehbarkeit von Regreßbescheiden einer Kassenärztlichen Vereinigung) Die sozialgerichtliche Klage eines zugelassenen Kassenarztes gegen den Regreßbescheid einer Kassenärztlichen Vereinigung hat

aufschiebende Wirkung. Die Regreßforderung kann daher bis zum rechtskräftigen Abschluß des sozialgerichtlichen Verfahrens nicht beigetrieben werden. [LSG Bremen, Beschl. v. 9. X. 1968 — LBR 4/68.] Neue jur. Wschr. 22, 1597 (1969).

W. Perret: Die Bedeutung des Vorzustandes für die Beurteilung der Unfallfolgen in der privaten Unfallversicherung. [31. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich.-, Versorg.- u. Verkehrsmed. e. V., Berlin, 8.—10. V. 1967.] Hefte Unfallheilk. H. 94, 120—125 (1968).

Verf. führt aus, daß normalerweise Übereinstimmung im Sinne der Adäquanz zwischen Einwirkung und Reaktion als Folge des Reizes besteht. Das Ausbleiben der proportionalen Übereinstimmung nennt man abnorme Reaktion. Reichardt prägte den Begriff der „organisch-pathologischen Reaktion“, bei der also im Sinne der Normabweichung Einwirkung/Reiz zu Reaktion gestört ist. Von Zollinger stammt der Überbegriff „Vorzustand“, der den kongenital oder erworbenen Vorzustand eines Organes oder Organsystems damit verstanden haben will. Nichts zu tun hat der Vorzustand mit der Vorbeschränkung der Erwerbsfähigkeit in der sozialen Unfallversicherung, kurz als Vorschaden bezeichnet. Hinsichtlich der Einschränkung der Leistungspflicht kommt dem Vorzustand eine besondere Bedeutung zu. Uhter Berücksichtigung der Erfahrung läßt sich im allgemeinen ausreichend abschätzen, ob dem Vorzustand 33 $\frac{1}{3}$ %, 50%, 75% oder in extremen Fällen 25% oder 90% im Sinne der Partialkausalität zukommen. Die abzugsfähigen Wirkungsfaktoren, wie z. B. Diabetes, Herzkreislaufschäden, alte Unfallfolgen, Veränderungen an Knorpel, Knochen, Sehnen, Muskeln, Verletzungen im zentralen Nervensystem u. a., werden kurz angeführt. Anhand von 3 Beispielen werden die Ausführungen erläutert. Der Verf. teilt weiter mit, daß der Vorzustand in der privaten Unfallversicherung nicht nach einem starren Schema berücksichtigt wird. Die Verantwortung des Gutachters bei allen Entscheidungen zur Partialkausalität sei daher groß. Roeper (Marburg a. d. Lahn)⁵⁰

Die Operationsduldungspflicht im Sozialrecht, Strafrecht und Bürgerlichen Recht. Med. Mschr. 23, 427—428 (1969).

Unter Berücksichtigung der vorliegenden Entscheidungen (sie werden zitiert) sind folgende Grundsätze erarbeitet worden: Die Operation darf keinen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit darstellen; dies ergibt sich auch aus § 624 des Unfallversicherungsneuregelungsgesetzes vom 30. 4. 1963; sie darf auch nicht mit einer Gefahr für Leib und Leben verbunden sein, sie muß mit hinreichender Sicherheit Aussicht bieten, daß durch sie eine erhebliche Steigerung der Erwerbsfähigkeit eintritt; die Operation darf auch keine beträchtliche oder übermäßige Schmerzen verursachen; auf die Fortschritte der Anaesthetie wird in diesem Zusammenhang hingewiesen. Eine Lumbalpunktion ist nicht zumutbar. B. Mueller (Heidelberg)

H. F. Brettel: Medizinische und versicherungsrechtliche Frage beim Suizid nach Verkehrsunfall. [Inst. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ., Frankfurt a. M.] Lebensversicher.-Med. 21, 114—116 (1969).

Die aufgeworfene Frage wird anhand von 2 Beobachtungen untersucht. 1. Eine geschiedene Frau, die auch sonst Schwierigkeiten im Leben und vom Selbstmorde gesprochen hatte, fuhr mit ihrem Wagen ohne eine erkennbare Veranlassung gegen die Leitplanke einer Autobahnbrücke; sie konnte den Wagen verlassen, überquerte nach Zeugenaussagen 2 Fahrbahnen, stürzte sich in den Fluß und ertrank. BAK ca. 0,8‰, im Mageninhalt ein Barbitursäurepräparat. 2. Ein Diabetiker hatte einen nicht motivierbaren Verkehrsunfall, Sistierung, anschließend ärztliche Untersuchung, wobei er sich halbwegs geordnet verhielt. BAK über 2‰; der Betroffene war einschlägig vorbestraft, Depression, Selbstmorddrohungen. 3 $\frac{1}{2}$ Stunden nach der Blutentnahme wurde er auf dem Bahnkörper zerschmettert tot vorgefunden. Im Falle 1 wird eine Kausalität zwischen Unfall und Selbstmord nicht infrage kommen weder bei Begutachtung für die soziale Unfallversicherung noch für die private Versicherung. Im 2. Falle kommt ein solcher Zusammenhang u. U. infrage, insbes. unter Berücksichtigung der Entscheidung des BSG vom 29. 4. 64, 2 RU 250/60, nach welcher unter Berücksichtigung aller Umstände zu prüfen ist, ob der Unfall eine Beeinträchtigung der freien Willensbestimmung zur Folge gehabt haben konnte. In der privaten Versicherung, z.B. bei einer Lebensversicherung mit Unfallklausel muß ein solcher Zusammenhang jedoch mit höchster Wahrscheinlichkeit bewiesen werden. Exakte Literaturzitate. B. Mueller (Heidelberg)

K. Händel: Unfallfolge oder schicksalbedingte Erkrankung? *Med. Klin.* 64, 766—769 (1969).

Ein Eisenbahnbeamter stieß als Radfahrer mit einem Kleinkraftrad zusammen, er erlitt eine Hirnerschütterung, es sollen auch Hirnquetschungsherde bestanden haben. Einige Zeit später mußte er wegen Schwindelanfällen und Kopfschmerzen vorzeitig pensioniert werden. Für diese vorzeitige Pensionierung begehrte er Schadenersatz. Nach den vorliegenden ärztlichen Befunden lag der Grund zur Pensionierung nicht in den Folgen der Kopfverletzung, sondern in einer Cerebralsklerose, die schon längere Zeit bestanden hatte. Der BGH lehnte in einer Entscheidung vom 7. 6. 68 (VI ZR 1/67) einen Schadenersatz ab, zwar nicht für die Folgen der Kopfverletzung, wohl aber für die frühzeitige Pensionierung, die nicht als Folge der Kopfverletzung angesehen werden konnte.

B. Mueller (Heidelberg)

Ferdinando Antoniotti e Giuseppe DePetra: Il danno estetico nell'ambito delle assicurazioni private contro gli infortuni. *Zacchia* 44, 37—50 (1969).

In der italienischen gesetzlichen Unfallversicherung ist die Entschädigung weitgehend auf Gesundheitsstörungen ausgerichtet, die sich in einer verminderten „Eignung zur Arbeit“ darstellen; im Bereich der privaten Assekuranz steht die allgemeine Arbeitsfähigkeit zur Debatte, ein Begriff, der als „psychosomatische Potenz zur Ausübung irgendeiner Validität“ (Gerin), also nicht nur zur Arbeit interpretiert werden kann. Verff. sind der Ansicht, daß belangvolle ästhetische Schäden unter diesem Aspekt durchaus eine Behinderung eben jener Fähigkeiten implizieren zumal sie oft eine Minderung des individuellen Durchsetzungsvermögens im sozialen Leben zur Folge haben.

G. Möllhoff (Heidelberg)

R. Wagner: Neues auf dem Gebiete der Berufskrankheiten. [Bundesminist. f. Arbeit u. Sozialord., Bonn.] [32. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich.-, Versorg.- u. Verkehrsmed. E. V., Hamburg, 27.—29. V. 1968.] *Hefte Unfallheilk. H. 99*, 315—320 (1969).

Kurzkomentar zur 7. Berufskrankheitenverordnung (BKVO) v. 20. 6. 68. Seit dem 6. Änd. Ges. ist die versicherte Tätigkeit maßgebend, die Unternehmensspalte in Anl. 1 der 7. BKVO konnte also wegfallen. Dies ist nur für die neu definierten Infektionskrankheiten von Bedeutung. Für BK 26 (Lärmschwerhörigkeit bzw. -taubheit) besteht für nach dem 31. 12. 1951 entstandene Versicherungsfälle Anspruch auf Entschädigung. Bindende Entscheide stehen nicht entgegen. Eine Erweiterung der BK-Liste ist nicht erfolgt. — Die Analyse der BK 1959—1965 in Niedersachsen von Wende sollte Anlaß sein, gewisse Tätigkeiten „berufskrankheitensicherer“ zu gestatten.

Lommer (Köln)

R. Andreesen: Vorschlag zur Vereinfachung der Berufskrankheit 42. [Chir. Abt., Städt. Krankenh., Hamm.] *M Schr. Unfallheilk.* 72, 217—220 (1969).

Vom Gesetzgeber wird die Meniscopathie als entschädigungspflichtige Berufskrankheit außer bei Untertagearbeitenden nicht anerkannt. Dagegen wendet sich der Verf. mit der Begründung, zur Anerkennung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen kniestrapazierender Tätigkeit und Meniscopathie komme es nicht auf die Arbeit unter Tage an, sondern in erster Linie auf die Art der schädigenden Einwirkung, und zwar die Zwangshaltung bzw. Zwangsbewegung der Kniegelenke bei stärkster Beugung. Diese Voraussetzungen seien jedoch nicht nur bei Bergleuten gegeben, sondern betreffen auch andere Personenkreise, die ihre Tätigkeit in einer Zwangshaltung und Zwangsbewegung der Kniegelenke ausüben müßten. Unzweckmäßig beansprucht würden die Kniegelenke z. B. bei Parkettlegern, Heizungsmonteuren, die ausschließlich Leistungsrohre am Boden verlegen, sowie Nietern, die in engen Stahlrohren knieend arbeiten müßten. Bei diesen Berufen fände man die gleichartigen typischen Veränderungen der Meniscopathie. Meniscopathie sei ebensowenig an einen einzigen Beruf gebunden wie der Preßluftschaden und die chronische Schleimbeutelentzündung. Der Verf. hält es für angezeigt, die BK 42 einfacher zu definieren und auf alle Berufe, bei denen eine kniestrapazierende Beanspruchung während der Arbeit unumgänglich ist, auszudehnen und empfiehlt eine Änderung der Verordnung über die BK 42 in der nächsten BKVO.

Peters (Kiel)

H. Weichardt, Z. Bardoděj und H. Schlegel: Zum Thema der Vorbeugungsuntersuchungen im Labor bei Bleiarbeitern. III. [Werkärztl. Dienst d. Daimler-Benz AG, Werk, Sindelfingen, u. Inst. Arbeitsmed., Univ., Tübingen.] Zbl. Arbeitsmed. 19, 240—244 (1969).

A. Donna e A. P. M. Cappa: Contributo sperimentale allo studio della pneumoconiosi da asbesto; attività pneumoconiotica dell'asbesto di crisotilo nel ratto. [Ist. Anat. e Istol. Pat., Univ., Torino.] Med. Lav. 58, 1—21 (1967).

G. Pressel: Medizinische und soziale Folgen für den Patienten durch mangelnde arbeits- und sozialmedizinische Kenntnisse der Ärzte, demonstriert an dem Beispiel eines Silikosekranken. [Dienstst. d. Landesgewerbeamt. i. Hess. Minist. f. Arbeit, Volkswohlf. u. Gesundheitswes., Wiesbaden.] Zbl. Arbeitsmed. 19, 198—201 (1969).

G. Möbius, P. O. Willroth und U. Hesse: Zur Silikosedagnostik aus Scalenuslymphknoten. [Path. Inst., Bezirkskrankenhaus, Schwerin u. Klin. f. Tbk. u. Lungenkrankh., Schwerin-Lankow.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 24, 486—490 (1969).

Unter den thoraxbiopsischen Verfahren sind für die Diagnose einer Lungensilikose nebender Scalenusbiopsie die Mediastinoskopie, die Bronchoskopie mit Probeexcision oder Katheterbiopsie, die gezielte Lungenbiopsie, ferner die Lungenbiopsie mittels Kleinstthorakotomie zu nennen. Verff. veranschlagen den Wert der bronchoskopischen und biopsischen Untersuchung für die Silikosedagnostik für gering. Bronchoskopisch sind in erster Linie Veränderungen der Bronchialschleimhaut, nicht aber der Lungenlymphknoten zu erfassen. Die Möglichkeiten der Nadelbiopsie sind beschränkt. Dagegen ist von der Lungenbiopsie mittels Kleinstthorakotomie ein klares Ergebnis zu erwarten. Am häufigsten sind die Scalenusbiopsie nach Daniels und die Mediastinoskopie nach Carlens für die biopsische Silikosedagnostik verwendet worden. Aufgrund der anatomischen Gegebenheiten ist die Mediastinoskopie ergiebiger als die Daniels'sche Lymphknotenbiopsie. Wenn die Mediastinoskopie bei der Silikose wie auch bei anderen Lungenerkrankungen insgesamt eine größere diagnostische Ausbeute erlaubt, so muß doch berücksichtigt werden, daß in den mediastinalen Lymphknoten silikotische Gewebsveränderungen gefunden werden, daß in den mediastinalen Lymphknoten silikotische Gewebsveränderungen gefunden werden können, ohne daß eine Lungensilikose vorliegt. Nach Sturm liegt der Prozentsatz der falsch positiven Ergebnisse bei der Mediastinoskopie bei 4,66 %. Diese Gefahr ist bei der Scalenusbiopsie nach Ansicht der Verff. kaum gegeben. Kasuistik. Rauch⁹⁹

W.T. Ulmer, G. Reichel und U. Werner: Die chronisch obstruktive Bronchitis des Bergmannes. Untersuchungen zur Häufigkeit bei der Normalbevölkerung und bei Bergleuten. Die Bedeutung der Staubbekämpfung und der Einfluß des Rauchens. [Inst. Lungenfunktionsforsch., Bochum.] Int. Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg. 25, 75—98 (1968).

Verff. überprüften aufgrund klinisch und funktionsanalytischer Erhebungen bei Bergleuten und der Allgemeinbevölkerung des Ruhrgebietes die ätiologischen Zusammenhänge zwischen chronisch-obstruktiven Atemwegserkrankungen und der im Ruhrbergbau auftretenden Staubexposition und kamen vorweg zu dem grundlegenden Ergebnis, daß die Bronchitis nicht als die Bergmannskrankheit angesehen werden kann. So zeigen die Messungen der obstruktiven Bronchitis, der klinisch bedeutsamsten Form der Bronchialerkrankung, daß Bergleute nicht häufiger erkranken als die männliche Allgemeinbevölkerung. Funktionell verhält sich bei den Bergleuten der für die obstruktive Bronchitis entscheidende Bronchialwiderstand genauso wie bei der nicht grubenstaubexponierten Bevölkerung. Statistisch unterscheidet sich nämlich die Häufigkeit erhöhter Bronchialwiderstände der Bergleute mit 31,4% nicht wesentlich von der männlichen Bevölkerung jenseits des 55. Lebensjahres, die bei 37,7% liegt. Verff. konnten früher gemachte Befunde bestätigen, daß obstruktive Bronchitiden bei Bergleuten eher etwas weniger als bei nicht grubenstaubexponierten Arbeitern vorkommen. Die Differenz wird auf die unterschiedlichen Rauchergewohnheiten der Untersuchungskollektive zurückgeführt. Nur bei den Silikosen mit großen Schwielenbildungen und schrumpfenden Prozessen könne man aufgrund der Untersuchungsergebnisse jenseits des 55. Lebensjahres mit 63,4% einen etwa doppelt so hohen Befall

an chronisch obstruktiven Bronchitiden als bei nicht bergmännischer Bevölkerung erwarten. Eine eindeutige ursächliche Verknüpfung von obstruktiver Bronchitis und Silikose könne aber nach diesem Befund nur dann angenommen werden, wenn der silikotische Prozeß durch größere Schwielenbildungen, Schrumpfung und Verziehungen zu einer stärkeren Beeinträchtigung des Bronchialsystems geführt habe. Als Folge der die Grundkrankheit komplizierenden Bronchitis würden dann neben Verteilungsstörungen Gasaustauschstörungen entstehen, die das Endstadium der Kohlenbergarbeiter-Pneumokoniose in entscheidener Weise prägen. Andererseits zeigten im Gegensatz zu den Grubenstäuben die Rauchergewohnheiten einen Einfluß auf die Erkrankungs-frequenz an obstruktiven Bronchitiden. Erhöhte bronchiale Strömungswiderstände über 3,5 cm H₂O l/sec zeigten nämlich Raucher mit einem täglichen Zigarettenkonsum über 20 Stück in 30% der Fälle im Gegensatz zu nichtrauchenden Männern, die nur in 20% einen erhöhten bronchialen Strömungswiderstand aufwiesen. Bei den starken Rauchern war auch im Vergleich zu den Nichtrauchern das intrathorakale Gasvolumen erhöht, und der arterielle Sauerstoffdruck wies eine Verminderung auf. Daraus kann gefolgert werden, daß starke Raucher bei gleicher Staubexposition unter Tage fast doppelt so häufig an obstruktiven Bronchitiden mit erhöhtem Bronchialwiderstand erkranken wie die schwachen Raucher unter den Bergleuten. Allgemein kann festgestellt werden, daß bei Untertage beschäftigten Bergleuten eine leichte Abweichung der pulmonalen Funktion von der normalen festzustellen ist, die im allgemeinen zu keiner Leistungseinschränkung, die über den Abbau lebens-, berufs- oder altersgleicher Personen hinausgeht, führt. Bergleute mit Silikose der Grade m, n, p und A zeigen in ihrem funktionellen Verhalten gegenüber den Bergleuten ohne röntgenologischen Hinweis für eine Silikose keine Unterschiede. Blutgase, bronchialer Widerstand und intrathorakales Gasvolumen werden von den röntgenologisch festgestellten Silikoseveränderungen offenbar nicht oder nur sehr geringgradig beeinflusst. Nur bei den röntgenologisch fortgeschrittenen Silikosen mit größeren Schwielen (B und C) ist allgemein eine deutliche Einschränkung der pulmonalen Funktion, die im wesentlichen über den Abbau lebens- und berufsaltersgleicher Bergleute hinausgeht, festzustellen. Pertzborn^{oo}

Tibor Kákosy, Béla Molnár, Attila Székely, István Rozsahegyi und Gábor Soós: Professionelle Vasoneurose bei Schleifern medizinischer Instrumente. Orv. Hetil. 110, 2159—2163 u. dtsh. u. engl. Zus.fass. (1969) [Ungarisch].

Es wurde auf einem Arbeitsplatz — Schleiferwerkstätte medizinischer Instrumente — gehäuftes Vorkommen einer professionellen Vasoneurose beobachtet, wo bis nun die Gefahr einer solchen beruflichen Schädigung nicht bekannt war. Die Brauchbarkeit der Gefäßfunktionsuntersuchungen in der Diagnostik des Krankheitsbildes wird gewertet, und es werden die Vorkehrungen zur Prävention der Schädlichkeit beschrieben. Zusammenfassung

Karl-Heinz Tannen: Höchstrichterliche Rechtsprechung in der gesetzlichen Rentenversicherung. Dtsch. Rentenvers. 3, 233—238 (1969).

Verjährung: Mit Urteil vom 13. 2. 69 - 12 R I 286/66 - zu § 29 RVO hat das BSG bestätigt, daß Entschließungen des Versicherungsträgers über die Erhebungen des Verjährungseinrede vorverfahrenspflichtige Ermessensentscheidungen sind. Zu gleicher Auffassung waren auch schon früher der 4. und 11. Senat gelangt. Soz. R. Nr. 14 zu § 79 SGG und DRV 1967, 305, und 2. Senat, Urteil vom 31. 1. 69 — 2 RU 234/66). — *Berufsunfähigkeit:* Mit Urteil vom 12. 12. 68 — 12 R I 64/67 folgt das BSG der bisherigen Rechtssprechung des ehemaligen RVA (AN 1942, 203) und des Knappschaftssenates des BSG (GBS 19, 279) dahingehend, daß bei Aufgabe einer qualifizierten Berufstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen die Berufsunfähigkeit nach § 1246 RVO (§ 23 AVG) nicht vor Erfüllung der kurzen Wartezeit eintreten könne. (§ 1246, Abs. 1 und 4 RVO, BSG 22, 326, 239, Risikogedanke, nach dem die Rentenversicherung für einen bestimmten Versicherungsfall nur bis zu dessen Eintritt durchgeführt werden kann.) Dem Versicherungsfall muß sich nun die Möglichkeit erschließen in einem neuen, minder qualifizierten Beruf, den er mit der verbliebenen Leistungsfähigkeit noch ausfüllen kann, mit neu entrichteten Beiträgen die Wartezeit zu erfüllen und damit bei Eintritt der BU im neuen Beruf Anspruch auf Versicherungsleistungen zu haben. — Der Versicherte indessen verliert dabei rechtlich den Anspruch auf Aufschulung gem. § 1237 RVO auf eine neue, sozial adäquate Tätigkeit. Strittig dürfte zudem sein, ob das Urteil der Legaldefinition des § 1246, Abs. 3 RVO gerecht wird; denn gerade der Versicherungsfall der Berufsunfähigkeit ist ja nicht primär von der Wartezeiterfüllung abhängig zu machen, sondern der Versicherungsfall der BU ist vielmehr als äußerste Zeitgrenze für die Wartezeiterücksichtigung anzusehen. Offen bleibt auch, ob und inwieweit versicherungspflichtige Ausbildungs-

zeiten bereits mit bei der Wartezeiterfüllung zu berücksichtigen sind (Urteil des BSG v. 14. 1. 69 — 4 R J 103/68 zu § 1246 RVO). — Die soziale Einschätzung ist zudem nicht nur auf Vor- und Ausbildung abzustellen, berufliche Erfahrung, Persönlichkeitswerte und Charaktereigenschaften seien ebenso von Bedeutung (BSG 17, 191, 195). Hat sich ein Berufsunfähiger i. S. des § 1246 RVO selbst rehabilitiert, so kann der Versicherungsträger, selbst wenn er die Erbringung beruflicher Umschulungsmaßnahmen negiert, die BU-Rente entziehen; er wird sich jedoch eine Anrechnung des erbrachten Eigenkapitals oder des Kredits bei der Ermittlung des Arbeits Einkommens anrechnen lassen müssen (BSG 2, 284, 288). Eine entsprechende Berechnung hatte das BSG beispielhaft schon 1959 aufgezeigt (BSG v. 20. 11. 59 — 1 — RA 161/58 in Soz R Nr. 6 zu § 163 SGG). — *Witwenrente*: Mit Urteil vom 29. 10. 68 — 4 R J 137/64 (Soz. Sicherheit 1969, 57) ergänzte das BSG seine frühere Rechtsprechung (BSG 17, 50 DRV 1962, 285) zur Wirkung von Todeserklärungsbeschlüssen deutscher Gerichte außerhalb des Geltungsbereiches des Grundgesetzes. — Der Große Senat des BSG (BSG 12, 139 und BSG 17, 50) hatte schon früher festgestellt, daß auch die „schematische“ Feststellung eines Todeszeitpunktes mit dem 31. 7. 49 eines örtlich zuständigen deutschen Gerichtes in der DDR die RVTr. auch nach dem Inkrafttreten des bundesdeutschen Verschollenheitsänderungsgesetzes vom 15. 1. 51 bindet. Die Rechtslage für die private Assekuranz würde sich dagegen an dem vorgenannten Gesetz zu orientieren haben (vgl. BSG 17, 50). Für das neue Sozialrecht nach 1957 kommen jetzt § 1271 Abs. 3 RVO und Art. 4, § 3 des Verschollenheitsänderungsgesetzes insoweit zum Tragen, als den RVTr. das Recht auf selbständige Feststellung des Todeszeitpunktes dann zusteht, wenn die Unrichtigkeit des Todeserklärungsbeschlusses erbracht ist (vgl. Neumann-Duesberg in SG B 1961, 65ff. und 11ff.). — *Ersatzanspruch*: Der Ersatzanspruch einer gesetzlichen Krankenkasse nach § 183 Abs. 3 RVO geht einer rechtsgeschäftlichen Abtretung nach § 119 Abs. 1 Nr. 1 RVO vor (BSG v. 15. 10. 68 — 3 RK 66/67 — WzS 1969, 77). Konkret stand einem Berechtigten Rentenleistung ab 1. 8. 64 zu, die er seinem Arbeitgeber mit Wirkung vom 11. 8. abtrat, zum gleichen Zeitpunkt wurde aber der gesetzliche Ersatzanspruch einer AOK nach § 183, Abs. 3 RVO wirksam. Beide Gläubiger hatten also als Gesamtgläubiger Anspruch auf die Rentenforderungen, der RVTr. machte nun von seinem Wahlrecht gem. § 428 BSG Gebrauch, und zahlte die Rentenforderung an den Arbeitgeber aus, eben dieses Vorgehen fand keine höchstgerichtliche Billigung. Der Arbeitgeber habe sich anderweitig sichern können. G. Möllhoff

Wolfgang Gercke: Aufgaben der praktizierenden Ärzteschaft in der Zusammenarbeit mit der Rentenversicherung. Dtsch. Rentenvers. 3, 185—190 (1969).

Die Dreischichtung im System der Krankenversicherung: ambulante Behandlung, klinische Therapie und Nachbetreuung durch den Kassenarzt setzt Kooperation der Institutionen voraus. Die rechtlichen Wege und Möglichkeiten, die sich dabei für den niedergelassenen Mediziner und seine Patienten neben der gesetzlichen Krankenversicherung erschließen, sind noch zu wenig bekannt: Prävention und Rehabilitation sowie ggf. Rentengewährung wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit durch die Rentenversicherungsträger. Bei allen diesen Maßnahmen sollten die Hausärzte mehr als bisher initiativ tätig werden, da sie am besten die Notwendigkeit und die Erfolgsaussichten solchen Vorgehens abzuschätzen vermögen; sie könnten sich dabei auf eine Darlegung der wesentlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen beschränken; die Versicherungsträger wären ihrerseits gehalten, Details ihrer medizinischen Erhebungen und auch die Gründe ihrer Entscheidungen dem Therapeuten bekanntzugeben. Allgemein gesehen sollte der Austausch sozialmedizinischer Erfahrungen wie auch die Unterrichtung über Wege und Möglichkeiten rehabilitativen und therapeutischen Vorgehens intensiviert werden.

G. Möllhoff (Heidelberg)

W. Kulpe: Auswirkungen der sozialmedizinischen Begutachtung im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung auf das Arbeits- und Berufschicksal. Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg. 4, 125—128 (1969).

Entscheidungen der Rentenversicherungsträger haben oft nachhaltige Auswirkungen auf das Erwerbsleben und das Lebensschicksal des einzelnen, nicht selten erfolgt mit ihnen eine Weichenstellung, die als endgültig anzusehen ist. — Die ärztlichen Gutachter sind bisher noch zu wenig am positiven Leistungsbild, der Aktivierungsmöglichkeit der verbliebenen somatischen und psychischen Fähigkeiten oder einer Nutzung der Kräfte orientiert, die durch Ausbildung und Umschulung gefördert werden können. In der Erstbegutachtung, im Rentenkontrollverfahren wie auch in der gerichtsärztlichen Tätigkeit sollte daher von einer Ausrichtung der Aus-

sagen auf die Negativzustände hin abgegangen werden. — Engere Zusammenarbeit der begutachtenden Stellen mit der Arbeitsverwaltung, den Versorgungsbehörden, den Berufsgenossenschaften und anderen Kostenträgern kann unnötige Wartezeiten des Rehabilitationsbeginnes bei strittiger Leistungspflichtigkeit vermeiden helfen.
G. Möllhoff (Heidelberg)

F. R. Stearns: Zur Geschichte der Prognose. Lebensversicher.-Med. 19, 121—125 (1967).

Verf. weist auf die Tatsache hin, daß bislang noch keine systematische Darstellung über die historische Entwicklung der Prognose in der Medizin existiere. Er unternimmt den Versuch, diese Lücke wenigstens skizzenhaft zu schließen. Als älteste Literaturstelle wird „Das Buch der Prognose“ aus dem mesopotamischen Zeitalter erwähnt (wiederhergestellt von R. Labat). Die Art der „Prognose“ von Krankheiten wird hier, wie noch lange danach (Zeitalter der ägyptischen Pyramiden; Imhotep; babylonische Astronomen des 7. Jahrhunderts v. Chr. usw.), erfolgte durch Wahrsagerei und Deutungen. Allerdings gab es in der altägyptischen Medizin bereits eine dem Aschheim-Zondek-Test nicht unähnliche Schwangerschaftsprüfung (Berlin Papyros 3038). Erste brauchbare Versuche einer Individualprognose wurden vermutlich erstmals von Hippokrates unternommen („Prognostikon“). Die Entwicklung der Statistik als unerläßliches Pendant der Prognose reicht bis ins 17. Jahrhundert zurück. („Erfinder“ der Statistik ist jedoch wahrscheinlich der römische Präfekt Demetrius Uplianus unter den Kaisern Septimius Severus und Caracalla 100 v. Chr. mit seinen Schätzungen über die Mortalität und Lebenserwartung in England.) Die Wiederentdeckung der medizinischen Statistik, damals als politische Arithmetik bezeichnet, erfolgte durch die englischen Ärzte William Petty (1623—1687) und insbesondere John Graunt („Natural and Political Observations Upon the Bills of Mortality“, London 1962). Der Ausdruck Statistik als beschreibende quantitative Analyse von Daten politischer, ökonomischer und sozialer Natur wurde von Gottfried Achenbach eingeführt. Seit Ende des 19. Jahrhunderts ist die Statistik die beherrschende Methode der Prognose in der Medizin, die sich jedoch nicht mit Individuen, sondern mit Kollektiven beschäftigt. In moderner Zeit wird aber nicht verkannt, daß die Kollektivprognose keine Antwort auf die Prognose einer Erkrankung bei einem Individuum geben kann. Die Gegensätzlichkeit der vorwiegend statistischen Methode der Prognose in der Medizin und die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen, individuellen Prognose wurde nach dem zweiten Weltkrieg offensichtlich gerade von Autoren des deutschsprachigen Raumes erkannt (Curschmann und H. Winter). Abweichend von der klinischen Medizin dürfte die Kollektivstatistik ihre beherrschende Rolle in der Präventiv- und Versicherungsmedizin behalten. Ein Buch für eine Anzahl medizinischer Fachgebiete, welches außer naturwissenschaftlichen auch individualprognostische Möglichkeiten behandelt, soll in Vorbereitung sein.
Kurt Willner (München)

Othard Raestrup: Ertrinken als Unfall? Lebensversicher.-Med. 21, 117 (1969).

Verf. unterscheidet den reinen Ertrinkungstod und den Badetod; den Badetod unterteilt er in einen plötzlichen Tod aus natürlicher Ursache, der zufällig im Wasser stattfindet, einen plötzlichen Tod im Wasser, der etwas langsamer verläuft und bei dem es noch zum Ertrinken kommt, in eine Todesart, bei der der Badende infolge eines krankhaften Zustandes zu einer Schwimmleistung unfähig wird, z. B. epileptischer Anfall im Wasser, und den Badetod im eigentlichen Sinne, bei welchem der Tod infolge nicht recht zu klärender Ursache infolge des Aufenthaltes im Wasser zustande kommt. Wenn jemand freiwillig ins Wasser geht und hier einen Badetod erleidet, so liegt kein Unfall vor. Nun hatte aber ein Mann, der den Badetod im eigentlichen Sinn erlitten hatte, in seinem Versicherungsvertrag folgende Rubrik eingetragen gehabt: „Unter den Versicherungsschutz fällt auch Ertrinken.“ Nach Meinung von Verf. muß das Gericht entscheiden, ob unter den gegebenen Umständen hier ein Versicherungsschutz im Rahmen der privaten Versicherung gegeben ist.
B. Mueller (Heidelberg)

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

● **Sozialpsychiatrie/Social psychiatry. I. Allgemeiner Teil.** Hrsg. von N. Petrilowitsch und H. Flegel. (Bibl. Psychiat. et Neurol. Nr. 141. — Aktuelle Fragen d. Psychiatrie u. Neurologie. Edit.: E. Grünthal. Vol. 8.) **II. Spezieller Teil.** Hrsg. von N. Petrilowitsch und H. Flegel. (Bibl. Psychiat. et Neurol. Nr. 142. — Aktuelle Fragen d.