

## Übersichtsreferat—Review Article

### Versicherungsmedizinische Bewertung von Rauschmittelabhängigen\*

Gerhard Möllhoff

Institut für gerichtliche Medizin der Universität Heidelberg (BRD)

Eingegangen am 9. November 1973

#### Insurance Medicine Rating of Narcotic Addicts

*Summary.* Medical and legal insurance problems, resulting from expert opinion on drug addicts, are described in a survey. Within the area of compulsory Health Insurance, a compulsory financial contribution comes into force, if the drug addiction is to be classified as "disease". Legal Old Age and Disablement Insurance concedes after "the loss of self-control" and for the condition of "being unable to stop" a legitimate right for rehabilitation and if need be, the allowance of a pension. With respect to the Maintenance of War Victims and the Accident Insurance, a causal relationship between the damaging event and the toxicomania must be "probable". In the Private Insurance the norms of the BGB, VVG and AUB are valid, hence the adequacy theory. The Federal Public Relief Law, the Work Furthering Law and the Youth Welfare Law are mentioned in their relation to drug addicts. Proposals regarding the way of proceeding are submitted for expert witnesses.

*Zusammenfassung.* Versicherungsrechtliche und medizinische Fragen, die sich bei der Beurteilung von Suchtkranken ergeben, werden im Überblick dargestellt. Im Geltungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung besteht Leistungspflicht, wenn die Sucht als „Krankheit“ zu klassifizieren ist; in der gesetzlichen Rentenversicherung ist analog, bei „Verlust der Selbstkontrolle“ und „Nicht-mehr-aufhören-können“, Rechtsanspruch auf Rehabilitation, ggf. auch auf Berentung gegeben. In der Kriegsopferversorgung und der gesetzlichen Unfallversicherung muß der ursächliche Zusammenhang zwischen dem schädigenden Ereignis und der Sucht „wahrscheinlich“ sein. In der privaten Assekuranz gelten die Normen des BGB, des VVG und der AUB, also die Adäquanztheorie. Das Bundessozialhilfegesetz, das Arbeitsförderungsgesetz und das Jugendwohlfahrtsgesetz werden in ihrer Bedeutung für Suchtkranke erwähnt. Für das Vorgehen der Sachverständigen werden Vorschläge unterbreitet.

*Key words:* Sucht, versicherungsmedizinische Beurteilung — Versicherungsmedizin, Sucht.

Das Gros aller Suchtfälle in der Bundesrepublik wird, entgegen spektakulären Berichten der Massenmedien, z. Z. noch von den Alkoholikern gestellt. Ihre Therapie ist augenblicklich das zentrale sozialmedizinische Problem; erst als zweites kommt die Behandlung der Rauschmittelabhängigen hinzu. Die Erkrankungsziffern an Alkoholabusus sind im wesentlichen konstant geblieben. In der BRD haben wir mit 500 000 chronischen Alkoholikern zu rechnen. Aus Feldstudien ist

---

\* Referat bei der 52. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin in München 23.—27. 10. 1973.

abzuleiten, daß 1973 rund 20000 manifest Rauschmittelsüchtige und ca. 300000 ernsthaft gefährdete, vorwiegend jugendliche Personen als Risikofälle, zum großen Teil außerhalb jeder geeigneten ärztlichen Therapie, in unserem Lande leben. Für die Sozialversicherungsträger sind bisher aus dieser Situation hinsichtlich der Drogenabhängigen noch keine schwereren ökonomischen Belastungen entstanden; diese scheinbare Diskrepanz erklärt sich daraus, daß von 1967—1971 Studenten und Schüler in der Szene dominierten, die nicht versicherungspflichtig waren. Erst seit 2—3 Jahren nimmt die Zahl junger Angestellter, Arbeiter und Lehrlinge in dieser Subkultur ständig zu. Bemerkenswerterweise geht dieser Entwicklung eine Zuwendung zu härteren Drogen parallel, insbesondere zu Opiaten und stark wirkenden Halluzinogenen. Alterskurven zeigen z. Z. einzelne Frühfälle bei 8- bis 12jährigen, dann setzt ein flacher Anstieg ein, der in ein Maximum einmündet, das dem Zeitraum zwischen dem 18. und 26. Lebensjahr entspricht. Ein Drittel aller Jugendlichen zwischen 13 und 20 Jahren hatte bereits Drogenkontakte, von ihnen sind ca. 5% abhängigkeitsgefährdet. Man wird also in den nächsten Jahren mit erhöhten Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung und, zeitlich versetzt, später auch mit einer nachhaltigeren Inanspruchnahme der Rentenversicherungsträger zu rechnen haben. Die Statistiken dieser Institutionen werden jedoch auch künftig nur bedingt Parameter für eine epidemiologische Bewertung abgeben, da viele Suchtkranke infolge willkürlicher Arbeitsaufgabe, Verweigerung der Beitragserbringung oder fehlender Anwartschaft keine Versicherungsleistungen beanspruchen können.

In *medizinischer Hinsicht* sind Rauschgiftsuchten und Alkoholismus keine engumschriebenen, eingleisig verlaufenden Krankheitsentitäten, sondern Leiden mit mehrdimensionalen, wenn auch in sich recht oft typischen Verlaufsformen, bei denen primär psychische Störungen und spezifische Umweltverhältnisse zumeist entscheidende Bedeutung gewinnen. *Suchten* sind Möglichkeiten menschlichen Verhaltens, die mannigfache soziale Determinanten haben, entscheidend ist die Bindung an das jeweilige Mittel und die hieraus resultierende mehr oder minder auch metabolisch bedingte *Suchtstoffabhängigkeit*. Diese neue Einteilung läßt eine exaktere deskriptiv pharmakologische und klinische Abgrenzung der einzelnen Krankheitsbilder zu, und sie vermeidet auch Verallgemeinerungen, die früheren Begriffsdefinitionen anhafteten. Die Abgrenzung der Sucht von *Gewöhnungen* ist nicht allein nach dem Vorliegen oder dem Fehlen körperlicher Abhängigkeit oder von psychischen Abstinenzerscheinungen vorzunehmen, mit einzubeziehen sind auch die individuellen und soziologischen Auswirkungen eines Drogenabusus. Immer steht der Mißbrauch am Beginn einer Sucht, ob und inwieweit später eine „Bindung“ erfolgt, hängt von der multifaktoriellen Reaktionsweise des Organismus und der Umwelt ab; die Übergänge sind fließend, erst der Mensch macht das Mittel zum Suchtobjekt, er gibt ihm den Wertakzent, den Inhalt. Entwicklung, Unterhaltung und Persönlichkeit jeder Sucht sind auf das engste miteinander verschränkt (Sattes). Detailkriterien einzelner Suchtformen in klinischer und psychopathologischer Hinsicht sind für diese sozialmedizinische Betrachtung nur sekundär von Bedeutung, der Exkurs soll sich, allgemeingehalten, auf die versicherungsmedizinischen Prämissen und Möglichkeiten der Patientenversorgung begrenzen. Die Erfüllung der jeweiligen gesetzlichen Normen wird dabei für den Einzelfall als gegeben unterstellt.

### Gesetzliche Krankenversicherung (RVO)

Nach dem Zweiten Weltkrieg ist in diesem Rechtskreis eine stärkere Beachtung psychosomatischer Wechselwirkungen und eine zunehmende Einbeziehung sozialer Aspekte zu beobachten, die sich insbesondere auch in der Bewertung von Suchterkrankungen widerspiegelt. Seit 1959 wird vom Bundessozialgericht (BSG) in ständiger Rechtsprechung die Ansicht vertreten, daß Trunksucht stets dann als „Krankheit“ im Sinne des § 182 RVO und der §§ 1235, 1246, 1247 RVO bzw. 24 und 25 AVG anzusehen ist, wenn gravierende organische Gesundheitsstörungen und/oder psychopathologisch belangvolle Einbußen der Willensfreiheit („Verlust der Selbstkontrolle“, „Nicht-mehr-aufhören-Können“) vorliegen<sup>1</sup>. Diese rechtliche Bewertung ist später dann auch auf Fälle echter Drug-dependence übertragen worden. Die Sucht muß die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder die „Arbeitsunfähigkeit“ oder beides zur Folge haben. „Arbeitsunfähigkeit“ liegt bekanntlich stets dann vor, „wenn der Versicherte nicht imstande ist oder doch nur auf die Gefahr, in absehbarer Zeit seinen Zustand zu verschlimmern, seiner bisherigen Erwerbstätigkeit nachzugehen“. Ist medizinisch gesehen eine behandlungsfähige Sucht vorhanden, so besteht also kein Zweifel an der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung; daran ändert auch nichts, daß oft ein „Selbstverschulden“ mitspielt, denn „die Gewährung der Kassenleistungen kann nicht wegen Verwerflichkeit des Handelns eines Versicherten“ negiert werden, allein Schwere und Art der Erkrankung sind für die Kassenentscheidung von Belang<sup>2</sup>.

Zweifellos gibt es zahlreiche Schwierigkeiten der Abgrenzung in medizinischer und juristischer Hinsicht gegenüber der „Gewöhnung“, und oft kann erst die Längsschnittbeobachtung lehren, ob z. B. ein Mittel nur Symptom eines Mißbrauchs war oder bereits zum Symbol süchtiger Abhängigkeit und damit zur Krankheit wurde. In der ersten Phase der Gewöhnung ist in vielen Verläufen noch ein Stadium hinreichender Kritik- und Urteilsfähigkeit der Konsumenten vorhanden, in dem sie noch erkennen können, daß der Genuß von suchterregenden Mitteln schädlich ist und zur Abhängigkeit führt; handeln die Versicherten dieser allgemeinen Lebenserfahrung zuwider, so verhalten sie sich zumindestens fahrlässig und damit schuldhaft gegen sich selbst, zugleich nehmen sie dann auch reale Gefährdungen billigend in Kauf<sup>3</sup>. Kausal ausgerichtete Ansätze werden im Bereich des Vorfeldes und der eigentlichen Therapie in Zukunft, auch aus finanziellen Erwägungen, den psychischen Krankheitsdeterminanten zu gelten haben. Das frühere Vorgehen, unbedenklich somatische Spätfolgen des chronischen Alkoholismus

1 Vgl. dazu die Rechtsprechung des BSG, u. a. BSG-Urteil vom 20. 3. 1959 — 3 RK 13/55; 16. 12. 1960 — 3 RK 50/60; 7. 7. 1966 — 1 RA 271/61; 28. 7. 1967 — 3 RK 12/65; 17. 12. 1969 — 5 RKn 56/67.

2 Vgl. dazu *analoge Entscheidungen* und Auffassungen etwa im Rundschreiben des *Bundesinnenministeriums* v. 7. 2. 1973 — D II 4 — 221/183/6 — hinsichtlich § 18 Abs. 3 BBes.G. Im Sozialrecht sinngemäß auch für § 583 Abs. 3, § 1262 RVO; § 39 Abs. 3 AVG, §§ 33 b, 45 BVG und § 113 Abs. 1 Satz 1 AFG. Für den *Finanzbereich*: § 32 Abs. 2 Ziff. 2 EStG. und Abschn. 181 Abs. 2 EStR; für das Kindergeld gilt dies analog für § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1, Nr. 3 BKGG.

3 So auch Urteil des BArb.Ger. v. 7. 12. 1972 — AZ 5 AZR 350/72 — zur Frage der Lohnfortzahlung, die der Arbeitgeber bei Trunksucht nicht leisten muß, wenn es sich um eine beginnende „Alkoholsüchtigkeit“ handelt.

oder der Rauschmittelsucht, also symptomatische Leiden, in die Kassenleistungen einzubeziehen, Vorstufen, insbesondere psychische Faktoren jedoch weitgehend wegzublenden, kann schon aus ärztlich-logischem Denken heraus weder als „zweckmäßig“ noch als „kassenwirtschaftlich“ angesehen werden.

### Gesetzliche Rentenversicherung

Für den Rentenversicherungsträger (Landesversicherungsanstalten, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Bundesknappschaft usw.) ist die Früherfassung aller potentiell und faktisch suchtkranken Versicherten die wesentliche Aufgabe. Sie sollten, gegebenenfalls im Anschluß an ambulante oder stationäre Behandlungen, für die die gesetzliche Krankenversicherung eintrat, diese Patienten möglichst rasch gezielter, weiterer Betreuung zuführen. Die Kostenträger werden sich künftig in ungleich stärkerem und intensiverem Umfang als bisher mit neuen Therapiekonzepten psychiatrischer Nachsorge (Tag- und Nachtkliniken, Psychotherapiegruppen usw.) identifizieren müssen, wenn sie für den Zeitpunkt gerüstet sein wollen, an dem die Auswirkungen der „Drogenwelle“ ihr Engagement auf rehabilitativem Gebiet zwingend fordern. Niemand kann z. Z. den Umfang dieser Nachfrage verbindlich abschätzen, man wird jedoch vermutlich nicht fehlgehen, wenn man, ab 1976, in diesem Arbeitsweg mit einigen tausend Fällen rechnet. Die Mißerfolgsquoten werden, wie die bisherigen Beobachtungen in der Drogenszene zeigen, weit über denen aller anderen „Heilmaßnahmen“ liegen, Abwehrhaltungen und Resignation sind daher bei vielen Therapeuten und auch in der Administration als Gefährdungen dieser Bemühungen vorauszusehen. Aus räumlichen Gründen kann hier nicht auf weitere Schwierigkeiten intra- und extramuraler Behandlungen eingegangen werden<sup>4</sup>. In diesem gesetzlichen Bereich ist ein „Mitverschulden“ des Versicherten nur dann rentenfeindlich, wenn er sich mit direktem Vorsatz „berufs- und/oder erwerbsunfähig“ gemacht hat, § 1277 RVO kommt also in aller Regel in praxi nicht zum Tragen. Man hat in der Begutachtung unter Beachtung von soziologischen Prämissen, nach dem somatischen und psychopathologischen Zustandsbild abzuwägen, ob in *absehbarer* Zeit eine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung des Leistungsvermögens durch weitere Rehabilitation zu erwarten ist oder ob eine Berentung im Interesse des Patienten und der Versicherungsgemeinschaft — evtl. auf Zeit, d. h. bis zu 2 Jahren — empfohlen werden muß (vgl. §§ 1276 RVO bzw. 53 AVG). Fortlaufende Rentengewährung sollte mit ihrer Lohnersatzfunktion auch nach der Systematik des Leistungsrechts an letzter Stelle stehen und nur für jene Fälle in Betracht kommen, in denen chronische Therapieresistenz evident wurde. Die Erfahrung zeigte, daß fortgeschrittenere Fälle chronischen Rauschmittelabusus, die so gut wie immer Leberschäden, stärkere psychische Leistungseinbußen, insbesondere Wesensveränderungen aufweisen, als „berufsunfähig“ im Sinne der §§ 1246 RVO bzw. 23 AVG anzusehen sind. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen erlauben jedoch oft noch die Verrichtung einer leichten Arbeit für 3—4 Std täglich in gewisser Regelmäßigkeit ohne Zeitdruck und Akkord, ohne Maschinenarbeit und ohne wesentliche Verantwortung für andere.

<sup>4</sup> Es kann hierzu etwa auf die Darlegungen von Leuner, Keup, Vierth, Wanke, Möllhoff u. a. hingewiesen werden.

Wir kennen etliche dieser Patienten, die in Verlagen, Kaufhäusern und Kleinbetrieben einigermaßen verlässlich Botengänge verrichten oder Hilfsarbeiten stundenweise leisten. Berentung wegen „Erwerbsunfähigkeit“ (§§ 1217 RVO, 24 AVG) ist bei vielen „drop out“-Fällen, Patienten in dauerklinischer Internierung und bei schweren Defektzuständen nicht zu umgehen.

### **Kriegsopferversorgung (BVG) und gesetzliche Unfallversicherung (UVNG)**

In beiden Rechtskreisen richtet sich die Leistungsgewährung nach der Kausalitätsnorm der „wesentlichen Bedingung“. Kostenübernahme für Suchtbehandlungen und Rentengewährung kann nach dem geltenden Recht und den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften nur dann erfolgen, wenn der ursächliche Zusammenhang zwischen der Sucht und einem schädigenden Ereignis (sinngemäß im UVNG-Bereich: Arbeitsunfall oder Berufskrankheit im Sinne der §§ 549 ff. UVNG, im BVG-Geltungsbereich § 1 ff. BVG) „wahrscheinlich“ gemacht ist. Leistungspflicht entfällt also primär dann, wenn etwa erst die Auswirkungen eines Suchtmittels wesentliche Ursache eines Unfalles waren (vgl. unter anderem BSG 20, 215.; 10, 227, 2, 239). Wir haben aus dem eigenen Arbeitsbereich keinen einzigen Fall einer Anspruchserhebung gegenüber der gesetzlichen Unfallversicherung mitzuteilen, Rückfragen bei mehreren Berufsgenossenschaften hatten ebenfalls negative Ergebnisse.

Anders stellen sich die Verhältnisse dagegen für den Geltungsbereich der Kriegsopferversorgung (BVG) bzw. des Soldatenversorgungsgesetzes (SVG) dar. Die relativ wenigen Fälle „mitigierter Sucht“ bei Schwerstbeschädigten mit chronischen Dauerschmerzen, die zumeist seit Jahrzehnten bestehen, spielen für diese Erwägungen keine wichtige Rolle. Diese Patienten erhalten mit Billigung der staatlichen Gesundheitsämter die ihrem Zustand adäquate „Erhaltungsdosis“, sie sind praktisch alle sozial integriert, und bei ihnen ist ein Entzug nur noch in Einzelfällen möglich. Schwierigere Probleme ergeben sich dagegen im Geltungsbereich des SVG. Man kann heute auch in der Bundesrepublik nicht mehr davon ausgehen, daß sich in einer Truppe keine drogengebundenen Subkulturen entwickeln könnten. Begutachtungen jugendlicher Straftäter u. a. aus amerikanischen Truppenkontingenten zeigten uns, daß es nicht nur da und dort in den Einheiten „dealer“ und „pusher“ gibt, sondern daß diese auch bemüht sind, Rauschmittelsucht zu induzieren, um ihren Abnehmerkreis zu erweitern. Bedenkt man, daß in unserem Land oft Jugendliche aus sozial schwachen Familien mit personalen und situativen Belastungen zum Wehrdienst einberufen werden, so wird deutlich, daß hier — auch in Ansehung der höchst Richterlichen Rechtsprechung des BSG — schwierige Güterabwägungen anstehen, etwa einerseits die Abgrenzung der individuellen Verhältnisse, der vorgegebenen seelischen Minderbelastbarkeit und eingengter psychischer Widerstandskraft gegenüber dem neuen Milieu der Truppe mit seinen fremden Strukturen, dem Einfluß von Drogenabhängigen im neuen engsten Lebenskreis, wie andererseits die oft geringe Kenntnis der realen Gefahren und die Verkennung der Dauerfolgen eines Rauschmittelkonsums. Wir sind daher gehalten, die Sachaufklärung spätestens bei der Begutachtung auf Grund einer Antragstellung nach dem SVG mit besonderer Sorgfalt zu betreiben, um körperliche und psychische Vorschäden, charakterliche Anlagen und Fehlentwicklung vor dem

Diensteintritt von militärischen Milieueinflüssen abzugrenzen. Wesentlich ist es dabei festzustellen, ob überhaupt irgendwelche fördernden Einflüsse im Bundeswehrbereich zu finden sind, oder ob nicht allein die personalen Faktoren die Hinwendung und letztlich die Bindung an Rauschdrogen wesentlich bestimmen. Wir müssen darüber hinaus eine Situationsanalyse vornehmen, um bisherige von späteren Einflüssen abzugrenzen. Bisherige Untersuchungen zeigten, daß fast immer schon vor dem Wehrdienst ein intensiver Rauschmittelkonsum bestand und daß dieser dann in der Truppe, nach Möglichkeit, fortgesetzt wurde. Fälle induzierter Sucht („anfixen“) haben z. Z. in der Bundeswehr noch Seltenheitswert.

In der Phase der Wiedereingliederung bietet das *Arbeitsförderungsgesetz (AFG)* Hilfen an, es beinhaltet einen Rechtsanspruch auf Leistungen für Deutsche, heimatlose Ausländer und Asylberechtigte im Sinne des § 28 AFG, Möglichkeiten der beruflichen Bildung.

Das vielkritisierte *Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG)* kann zur Rechtsgrundlage für Anträge und finanzielle Unterstützung, für Rehabilitationszentren und Therapiegruppen werden, wenn der Träger eine gemeinnützige Organisation, eine Anstalt oder Körperschaft des öffentlichen Rechts ist und wenn für die intendierte Unternehmung fachlich qualifizierte Kräfte zur Verfügung stehen.

*Bundessozialhilfegesetz (BSHG)*. Für die erweiterte Rehabilitation ist das BSHG oft der Rettungsanker vieler Patienten, wenn keine sonstigen Kostenträger zu ermitteln sind. Leistungen werden bekanntlich nach diesem Gesetz subsidiär immer dann gewährt, wenn der Hilfsbedürftige keinerlei Unterstützungsansprüche gegenüber öffentlichen und privaten Leistungspflichtigen hat, also auch die Eltern oder der Ehegatte außerstande sind, materiell einzutreten. Die Unterstützungen werden individuell als Hilfen zum Lebensunterhalt, in besonderen Lebenslagen, bei Krankheit, zur Vorbeugung und Gesundheitshilfe, für Gefährdete als Ausbildungsförderung gewährt (vgl. §§ 11 ff., 27 ff., 36 ff. BSHG).

*Private Assekuranz*. In diesem Bereich gelten die Grundsätze und Normen des BGB sowie der einschlägigen Versicherungsvertragsgesetze (VVG, AUB usw.). Die privaten Krankenversicherungen, zu denen auch die Studentische Krankenversicherung (DSKV) zählt, schließen in ihren Satzungen Leistungen für Folgeleiden nach Sucht aus. Lediglich für akute Erkrankungen, wie z. B. bei einer anlässlich eines gelegentlichen Rauschmittelgenusses entstandenen Hepatitis, liegt begründbarer Leistungsanspruch vor (vgl. VVG § 61 ff.).

Die privaten Unfallversicherungen lehnen, gestützt auf die einschlägigen Bestimmungen der AUB (§ 3 Abs. 4), Versicherungsschutz dann ab, wenn Unfälle infolge Drogeneinwirkung, etwa infolge Bewußtseins- oder Geistesstörung, eintreten; der Haftungsausschluß bezieht sich im Straßenverkehr auch auf Mitfahrer, die infolge akuter eigener Rauschgiftschädigung die Fahrunfähigkeit des Kraftfahrers nicht zu erkennen vermochten.

*Aufgaben des ärztlichen Sachverständigen*. Für den Gutachter kommt es in allen Rechtskreisen darauf an, Art und Umfang der im einzelnen vorliegenden psychischen und somatischen Befunde abzugrenzen und auf die rechtlichen Fragestellungen zu beziehen. Aussagen über körperliche Leiden, die Persönlichkeitsstruktur eines Menschen, seine Willensfreiheit und auch darüber, ob ihn eine Haftung für sein Handeln trifft, bedürfen intensiver Sachaufklärung mit allen gebotenen und zur Verfügung stehenden Mitteln. Selbstverständliche Voraussetzung ist es, daß

in jedem Fall eine gründliche neurologisch-psychiatrische, testpsychologische und elektroencephalographische Untersuchung erfolgt. Aussagen über die Willensfreiheit sind nur personenbezogen möglich, sie dürfen sich nicht an den Seinsnormen der Ethik und des Rechts allgemein oder an Vorstellungen einzelner über die individuelle Verantwortlichkeit orientieren (Ehrhardt), sie erfordern vielmehr eine individualpsychologisch ausgerichtete sehr subtile Erforschung der Determinationsstrukturen ebenso wie eine empirische Analyse der Gesamtentwicklung, gegebenenfalls unter Einbeziehung willensphänomenologischer Methoden (v. Baeyer), um explizites und limitatives Wollen abzugrenzen. Psychodynamische und soziologische Faktoren sollten dabei ausführliche Beachtung finden. Weiterhin sind eingehende, durch Röntgen-, EKG- und Labordaten ergänzte internistische Untersuchungen vorzunehmen, um Art und Ausmaß somatischer Schäden, zum Beispiel toxischer Hepatitiden, latenter oder manifester Endokarditiden, „Fixerlung“ mit Rechtsüberlastung, Folgen von Lungenabscessen u. a., zu erfassen. Toxikologische Untersuchungen von Blut und Urin können uns verlässliche Aufschlüsse über die Inkorporation von Alkaloiden, Psychopharmaka, Amphetaminen und Barbituraten geben, die als Adjuvantia immer mehr in Mode kommen.

Die Praxis zeigt uns jedoch täglich, daß diese wichtigen diagnostischen Kriterien aus Bequemlichkeit oder Unkenntnis nur recht selten genutzt werden.

### Literatur

- Angst, J.: Halluzinogen-Abusus. Schweiz. med. Wschr. **100**, 710 (1970)
- Baeyer, W. v.: Die Freiheitsfrage in der forensischen Psychiatrie mit besonderer Berücksichtigung der Entschädigungsneurosen. Nervenarzt **28**, 337 (1957). Jugend und Rauschgift, Fortschr. Med. **87**, 1449 (1969)
- Biener, K.: Genußmittel und Suchtproblem im Jugendalter. Basel-New York: Karger 1969
- Brickenstein, R.: Aktuelle Probleme der Cannabisdroge Haschisch. Wehrmed. Mschr. **14**, 57 (1970)
- Bschor, F.: Junge Rauschmittelkonsumenten in Berlin (West). Hausdruckerei des Klinikum Steglitz. FU Berlin: 1970
- Cohen, S.: LSD: Side effects and complications. J. nerv. ment. Dis. **130**, 30 (1960)
- Ehrhardt, H.: Rauschmittelsucht. Hamm 1967
- Feuerlein, W.: Sucht und Süchtigkeit. Münch. med. Wschr. **111**, 2593 (1969)
- Goldberg, W.: Drug abuse in Sweden. Bull. Narcot. **20**, 1, 2 (1968)
- Haenel, Th. A.: Kulturgeschichte und heutige Problematik des Haschisch. Pharmakopsychiatrie **3**, 8a (1970)
- Hippius, H.: Das Rauschmittelproblem im Widerstreit der Meinungen. Dtsch. med. J. **22**, 529 (1971)
- Kielholz, P.: Epidemiologie und Aetiologie der Drogenabhängigkeit. Dtsch. med. J. **22**, 501 (1971)
- Kleiner, D.: Aktuelle Rauschmittelprobleme bei Jugendlichen. Unsere Jugend **21**, Nr. 5 (1969)
- Ladewig, D., Battagay, R., Labhardt, F.: Stimulantien: Abhängigkeit und Psychosen. Dtsch. med. Wschr. **94**, 101 (1969)
- Laubenthal, F.: Sucht und Mißbrauch. Stuttgart: Thieme 1967
- Leuner, H.: Akute psychiatrische Komplikationen durch Rauschmittelgebrauch und ihre Behandlung. Nervenarzt **43**, 142 (1972)
- Möllhoff, G.: Gutachtliche Beurteilung und Betreuung von Suchtkranken. Landarzt **35**, 1010 (1967)
- Möllhoff, G.: Einige sozialmedizinische Aspekte von Suchterkrankungen. Öff. Gesundh.-Wes. **32**, 449 (1970)

- Möllhoff, G.: Sucht in rechtlicher und versicherungsmedizinischer Sicht. Dtsch. med. J. **22**, 518 (1971)
- Mueller, B.: Gerichtl. Medizin. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1953
- Remschmidt, H.: Haschisch und LSD. Physische und psychische Wirkungen. Med. Klin. **67**, 706 (1972)
- Sattes, H.: Suchtprobleme. In: Almanach für Neurologie und Psychiatrie. München: Lehmann 1961
- Schrappe, O.: Gewöhnung und Süchte. Nervenarzt **39**, 337 (1968)
- Sluga, W.: Die kriminelle Gefährdung Jugendlicher durch Rauschgift und Drogenmißbrauch. Öst. Ärztezg **23**, 2399 (1968)
- Vierth, G.: Psychopathologische Syndrome nach Haschischgenuß. Münch. med. Wschr. **109**, 522 (1967)
- Wanke, K.: Erfahrungen aus der Beratung Drogengefährdeter. In: Knischewski, E., Drogenproblem — kritischer betrachtet. Kassel: Nocol 1970
- Wanke, K., Stüllwold, L., Ziegler, B.: Jugend und Rauschmittel-Prävention, Therapie und Rehabilitation (Bonn) **23**, 5 (1970)
- Witter, H.: Forensische Fragen des Drogenmißbrauchs. Saarl. Ärztebl. **10** (1971)
2. Weltkongreß für medizinisches Recht, 17.—22. 8. 1970 in Washington D.C.
137. Jahrestagung der AAAS in Chicago 1970 American Association for the Advancement of Science mit Referaten von E. Lipinski, Margret Mead, L. E. Hollister, D. E. Smith, D. E. Rothmann, S. Cohen.

### Gesetze

- Bundesverordnungs-gesetz* (BVG) i. d. Fassung des 3. Anpassungsgesetzes v. 16. 12. 1971 (BGBl. I S. 1985)
- Rentenversicherung der Arbeitnehmer: Arbeiterrentenversicherungsgesetz*: 4. Buch der Reichsversicherungsordnung vom 19. 7. 1911 (BGBl. III, 820 — 1, zuletzt geändert durch Ges. vom 23. 6. 1970, BGBl. I, 805)
- Angestelltenversicherungsgesetz* vom 26. 12. 1911, zuletzt geändert durch Ges. vom 23. 6. 1970, BGBl. S. 805
- Reichsknappschaftsgesetz* vom 23. 6. 1970 (BGBl. I, S. 805)
- Gesetzliche Krankenversicherung*: 2. Buch der Reichsversicherungsordnung vom 19. 7. 1911, zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. 4. 1971 (BGBl. I, S. 337)
- Gesetzliche Unfallversicherung (UVNG)*: 3. Buch der Reichsversicherungsordnung vom 19. 7. 1911, zuletzt geändert durch Gesetz vom 10. 7. 1970 (BGBl. I, S. 721), 7. Berufskrankheitenverordnung vom 20. 6. 1968 (BGBl. I, S. 1719)
- Ausbildungsförderungsgesetz* v. 19. 9. 1969 (BGBl. I, S. 1719), zuletzt geändert durch Ges. v. 22. 12. 1969 (BGBl.)
- Arbeitsförderungsgesetz* v. 25. 6. 1969 (BGBl. S. 582), zuletzt geändert durch Ges. v. 22. 12. 1969
- Bundessozialhilfegesetz (BSHG)* vom 30. 6. 1961 (BSHG) (BGBl. III, 2170 — 1) i. d. F. vom 18. 9. 1969 (BGBl. I, S. 1688)
- Versicherungsvertragsgesetz (VVG)* vom 30. 9. 1908 mit allen nachfolgenden Änderungen

Priv.-Doz. Dr. G. Möllhoff  
 Institut für gerichtliche Medizin  
 der Universität Heidelberg  
 D-6900 Heidelberg, Voßstraße 2  
 Bundesrepublik Deutschland