

bungen“ bezogen hat. Die Witwe beantragt 1948 Gewährung einer Hinterbliebenenrente mit der Begründung, daß ihr Ehemann an den Folgen einer Wehrdienstbeschädigung gestorben sei. Im Anschluß an eine Kriegsverwundung Anfang 1945, und durch sie verursacht, habe sich eine Morphiumsucht entwickelt. Diese sei Ursache der Selbsttötung gewesen. — Der Gutachter verneint einen ursächlichen inneren Zusammenhang, da die Verwundung bei dem offenbar geltungssüchtigen Psychopathen (der sich unter anderem seiner Frau gegenüber als „Hospitant der Kriminalpsychologie“ und als Medizinstudent ausgegeben hatte, obwohl dies nachweislich nicht den Tatsachen entsprach) nur Anlaß, nicht Ursache der Sucht gewesen sei. Es wird offen gelassen, ob die Selbsttötung als „Ausweich-, Flucht- und Versagerreaktion“ nach kriminellen Handlungen (REICHARDT) oder als Folge der dysphorischen Stimmung während des Mittel entzuges aufzufassen sei. Für die Ablehnung des Antrages auf Hinterbliebenenrente wird diese Frage als bedeutungslos betrachtet, da die Sucht selbst im vorliegenden Falle nach Ansicht des Gutachters nicht als entschädigungspflichtige WDB-Folge aufzufassen ist.

GRÜNER (Frankfurt a. M.).

**W. Trummert und R. Burkhardt: Sepsis und Wehrdienstbeschädigung.** [I. Med. Klin., Univ., München.] Med. Mschr. 6, 574—580 (1952).

Die Schwierigkeiten der Beurteilung von septischen Erkrankungen und ihrem Zusammenhang mit Wehrdienstbeschädigungen werden in der vorliegenden Arbeit an Hand von mehreren interessanten Fällen besprochen. Die Verf. sind der Ansicht, daß der Begriff „Sepsis“ in Krankengeschichten und gutachtlchen Äußerungen häufig in unzutreffender Weise gebraucht wird. Sie heben die Bedeutung der klinischen Bakteriologie für die Bewertung derartiger Fälle hervor und fordern bei Obduktionen nicht nur eine sorgfältige Revision der alten Wunden, sondern auch eine bakteriologische Untersuchung, da bekannt ist, daß Bakterien sich jahrelang im Narbengewebe halten können, ohne entzündliche Erscheinungen zu verursachen und ohne ihre Virulenz zu verlieren. Ausführlicher wurde eingegangen auf das Problem der Endocarditis lenta, die dann als WDB anerkannt wird, wenn eine den Boden für die Infektion vorbereitende rheumatische Endokarditis mit Vascularisation der Herzkappen nachweislich zur Zeit des Wehrdienstes oder der Kriegsgefangenschaft entstanden ist, auch dann, wenn die bakterielle Endokarditis erst Jahre nach der Heimkehr auftrat. Die besonderen Verhältnisse der Kriegsgefangenschaft und ihre Bedeutung für die Pathogenese der rheumatischen Erkrankungen, vor allem der rheumatischen Herzleiden, werden berücksichtigt.

LUFF (Frankfurt a. M.).

**Karl-Heinz Glanz: Krankenversicherung und Operationsduldungspflicht.** Die Medizinische 1953, 357—358.

**Ekkehard Springer: Leistungspflichten der Krankenkassen in Fällen von Alkoholismus.** [Klin. Inst., Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie (Max-Plank-Inst.) u. Univ.-Nervenklin., München.] Münch. med. Wschr. 1952, 2173—2178.

**VO über Tuberkulosehilfe v. 8. IX. 1942; VO zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten v. 1. XII. 1938; GG Art. 2 Abs. 1, 3; VGG §§ 23, 35, 36. a) Kein Anspruch, kein Antrags- und Beschwerderecht eines Tbc-Kranken auf Tbc-Hilfe. b) Keine Schaffung neuen schutzwürdigen Rechts durch die Generalklausel. c) Tbc-Hilfe nicht als öffentliche Fürsorge, sondern als Seuchenbekämpfung. d) Rechtsverletzung des Betroffenen nur bei ermessensmißbräuchlicher Verweigerung der Tbc-Hilfe.** [Hess. VGH, Beschl. v. 5. XII. 1951 — B I Nr. 158/51.] Neue jur. Wschr. A 1952, 319 bis 320.

### Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

**Claude Kohler: Les données de l'examen clinique chez un enfant atteint de troubles caractériels.** (Die Daten der klinischen Untersuchung bei Kindern, die an charakterlichen Störungen leiden.) [Clin. à la Fac. de Méd., Lyon.] Rev. Praticien 1952, 149—158.

Eingehende Darlegung der gegenwärtigen Situation der Kinderpsychiatrie und -neurologie im allgemeinen sowie der jetzt bestehenden Möglichkeiten zur Erkennung und Behandlung charakterlicher Störungen beim Kinde im besonderen. Neben ausführlichen, im Original nachzulesenden Erörterungen über den Begriff der kindlichen Charakterstörung und die hier bestehenden psychiatrischen, konstitutionsbiologischen, endokrinen und sozialen Aspekten, wird auf die

vielfachen Schwierigkeiten hingewiesen, die in diesem sozialmedizinischen und psychopäagogischen Grenzgebiete bestehen. Sie sind nicht nur durch die relative Unsicherheit der bestehenden Kenntnisse, sondern auch durch die mißtrauische Haltung seitens vieler Ärzte bedingt. Die hohe Bedeutung der Kinderpsychiatrie ist aber nicht zu bezweifeln, angesichts der Tatsache, daß 10% der Kinder im schulpflichtigen Alter nicht „angepaßt“ sind und 5—6% an „charakterlichen Störungen“ leiden. Um die Persönlichkeitsentwicklung dieser Kinder und ihre soziale Anpassung zu ermöglichen, muß die Diagnostik und Therapie dieser Störungen als ernsthaftes ärztliches Anliegen betrachtet werden.

ILLCHMANN-CHRIST (Kiel).

**H. Leuner: Die Acceleration als pathogenetischer Faktor. 1. Beitrag zur Frage: Die Bedeutung der Acceleration für die medizinische Psychologie und Psychiatrie.** [Jugendpsychiatr. Abt., Univ.-Nervenklin., Marburg.] Z. Kinderheilk. 72, 351—361 (1953).

**C. Bennholdt-Thomsen: Psychologische Probleme zur Acceleration der Jugend.** [Univ.-Kinderklin., Köln a. Rh.] [8. Fortbildungskursus f. Ärzte, Regensburg, 23. V. 1952.] Regensburger Jb. ärztl. Fortbildg 2, 439—446 (1952).

**Max Kohlhaas: Das Kind im Gerichtsverfahren.** (Kinderpsychologie und forensische Begutachtung.) Prax. Kinderpsychol. 1, 83—88 (1952).

Es wird auf die bekannten Schwierigkeiten und Gefahren bei der Vernehmung von Kindern als Zeugen hingewiesen. Vorteile und Nachteile der Kinderaussagen werden diskutiert, ohne daß Neues gebracht wird. Die Aussage von Jugendlichen wird für oft unentbehrlich gehalten. Die Glaubwürdigkeit der Kinder soll durch Hinzuziehung von Sachverständigen überprüft werden, sobald sich das Beweisthema in Gebiete verirrt, die der Phantasie besonders Nahrung geben. An Hand von Beispielen wird gezeigt, daß die Einstellung der Gerichte zu Kinderaussagen verschieden sein kann.

JÄHSE (Heidelberg).

**RJGG § 3; StPO § 267: Um die Vernehmung eines Kindes als Zeuge zu vermeiden, kann der gemäß § 3 RJGG nichteinsichtsfähige jugendliche Angeklagte auch ohne Feststellung des äußeren Tatbestandes freigesprochen werden.** [AG Kiel (JugGer.), Urt. v. 1. 10. 1952 — 4 DLs 63/51 jug.] Neue jur. Wschr. A 1952, 1429.

**W. Becker: Die Neuordnung des Jugendgerichtsgesetzes in ihrer Bedeutung für den Amts- und Gerichtsarzt.** Öff. Gesdh. dienst 14, 396—402 (1953).

Der Entwurf beseitigt die bedingte Strafmündigkeit der 12- und 13jährigen Kinder. Mit Rücksicht auf die Beobachtungen bei der Acceleration der Jugendlichen will man die Möglichkeit schaffen, das Jugendstrafrecht auch auf Heranwachsende im Alter von 18—20 Jahren anzuwenden, wenn sie nach ihrer sittlichen und geistigen Entwicklung den Jugendlichen gleichstehen, oder wenn es sich nach der Art der Tat um eine unverkennbare Jugendverfehlung handelt, oder wenn die Verfehlung überwiegend durch ungünstige Umweltbedingungen verursacht ist. Der Jugendarrest und die Möglichkeit einer unbestimmten Verurteilung werden beibehalten. Das gegenwärtige Jugendgefängnis wird Jugendstrafe genannt. Die Schutzaufsicht wird verschärft und in eine Bewährungsaufsicht umgewandelt.

B. MUELLER (Heidelberg).

**Vito Maria Buscaino: Das Bewußtsein und seine neurologische Grundlage.** [Klin. f. Nerven- u. Geisteskrankh., Univ., Neapel.] Ärztl. Forschg 7, II/1—II/2 (1953). **Birger R. Kaada: Das anatomische Substrat für das Bewußtsein, beleuchtet durch neuere neurophysiologische Untersuchungen.** [Anat. Inst., Univ., og Nevrol. avd., Ullevål sykeh., Oslo.] Nord. Med. 47, 845—857 u. engl. Zusammenfassung 857 (1952) [Norwegisch].

**Walter Hemsing: Der deutsche Geistesmensch in der Kriegsgefangenschaft. Eine psychologische Untersuchung.** Psychol. Rdsch. 4, 291—302 (1952).

**V. E. Frankl und O. Pötzl: Über die seelischen Zustände während des Absturzes. Eine psycho-physiologische Studie.** Mschr. Psychiatr. 123, 362—380 (1952).

Ein 24 Jahre alter Bauarbeiter, der 25 m tief von einem Gerüst herabfiel, schildert aus der Erinnerung die während des Absturzes erlebten Vorstellungen. Die Umgebung sei vor seinen Augen verschwunden. Erlebnisse, die er im Laufe der Jahre gehabt habe, hätten sich blitzartig abgerollt. Die Erinnerungsbilder hätten ausgesprochen schöne Erlebnisse betroffen. Sie seien

sehr deutlich gewesen, intensiver als die Bilder im Traum. Während des Sturzes habe er kein Angstgefühl gehabt. Das Bewußtsein sei beim Landen völlig erhalten gewesen, ebenso die Orientierung. Es seien Bilder gewesen wie Blitzlichtaufnahmen. Patient glaubt mindestens mehrere hundert Bilder gesehen zu haben. Verf. vermutet, daß der sehr schnelle Wechsel der Bilder auf Impulse zurückzuführen ist, die von den Pyramidenzellen des Ammonshorns ausgehen.

SCHWELLNUS (Köln).

**H. Lenz: Zur Bedeutung des Todesangsterlebnisses.** [Nervenabt., Krankenh. d. Barmherz. Brüder, Linz a. d. D.] *Acta neurovegetativa (Wien)* 4, 534—542 (1952).

Nach einem im Alter von 19 Jahren durchgemachten Todesangsterlebnis besonderen Ausmaßes war es bei dem Betroffenen zu hohem Fieber, tagelanger Benommenheit sowie zu Gedächtnisstörungen und später zu mit weitgehender Bewußtseinseinengung verbundenen Anfällen gekommen, die jahrelang nach dem Erlebnis immer wieder ohne Sinngebung oder Zweckerfüllung auftraten und als hypobulische Mechanismen gedeutet wurden. Es wird die Frage erörtert und bejaht, daß diese Mechanismen Ausdruck einer organischen, vermutlich hypoxämisch-cerebralen Läsion darstellen, wenn auch die psychologische Seite des Anfallgeschehens nicht übersehen werden kann. Es sei ohne weiteres möglich, daß der normal fließende Rhythmus im vegetativen Geschehen durch ein Todesangsterlebnis dauernd gestört werden kann, und daß die auch normalerweise auftretenden seelischen Spannungen und vegetativen Abläufe in dem gestörten Rhythmus eine krisenartige Lösung fänden. Es handle sich also um einen Mechanismus, der durch den Eingriff eines Todesangsterlebnisses in die vitalen Schichten einer sensitiven Persönlichkeit in Gang gekommen sei, als elementare Rhythmusstörung aufgefaßt werden müsse und an der Grenze von „organisch“ und „psychogen“ stehe. Für die Begutachtungspraxis folge aus dieser Anschauung, die durch Vorstellungen von SPERANSKY und RICKERT zu stützen versucht wird, daß nicht jeder psychogen wirkende Mechanismus ohne weiteres als Zweckreaktion anzusehen sei, und daß eine allzu schematische Trennung von organischen und psychogenen Erscheinungen vermieden werden müsse. Es sei vielmehr immer das Ausmaß und die Dauer des jeweiligen Erlebnisses, der vegetativen und der anderen Begleiterscheinungen, sowie der ganze psychophysische Zustand des Betroffenen zu berücksichtigen. Den vielfach vertretenen Ansicht, daß Schreckelerlebnisse — wenn sie nicht zum unmittelbaren Tod führen — immer reversibel seien, und ohne psychogene Fixierung spätestens innerhalb eines Jahres abklingen müßten, könnte also keine absolute Gültigkeit beigemessen werden. ILLCHMANN-CHRIST (Kiel).

**Richard Meili: Über das Verhältnis von Intelligenz und Charakter.** Schweiz. Z. Psychol. 3, 197—206 (1952).

**Ernst Kröber: Behandlungsergebnisse beim Schwachsinn.** [Anst. Bethel.] Dtsch. med. Wschr. 1952, 1064—1067.

**B. T. Duis: Körperbaufaktoren bei Intelligenzdefekten.** [Inst. f. Humangenet., Univ. Münster i. Westf.] *Homo (Stuttgart)* 3, 35—37 (1952).

**Hans W. Gruhle: Schizophrenie.** [Psychiatr. u. Nervenklin., Univ., Bonn i. Rhld.] *Die Medizinische 1952*, 1585—1588.

**Heinrich Kranz: Psychopathie in ihrer Problematik.** [Univ.-Nervenklin., Mainz.] [8. Fortbildungskursus f. Ärzte, Regensburg, 23. V. 1952.] *Regensburger Jb. ärztl. Fortbildg* 2, 446—453 (1952).

**Franz Münch: Sprachabbau und Bedeutungswandel bei einer Stirnhirnatrophie (Pick).** [Württ. Heilanstalt, Winnental.] *Nervenarzt* 23, 401—406 (1952).

**Thea Lüers: Veränderungen des Charakters und Verfall der Persönlichkeit bei der Picksenen Krankheit.** [Inst. f. Med. u. Biol., Berlin-Buch, u. Max-Plank-Inst. f. Hirnforsch., Gießen.] *Umschau* 53, 33—34 (1953).

**Hans-Werner Koeppel: Akute Encephalitiden und Encephalomyelitiden.** [I. Med. Univ.-Klin., Halle a. d. Saale.] Dtsch. Gesundheitswesen 1952, 1410—1417.

**Helmut Rost: Wartegg-Zeichentestuntersuchungen bei Schizophrenen.** [Niedersächs. Landeskrankenhaus, Göttingen.] *Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur.* 189, 251—278 (1952).

**C. Romano: I tests mentali in psichiatria forense.** (Nota.) [Ist. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Univ., Napoli.] *Fol. med. (Napoli)* 35, 785—801 (1952).

**G. Daumézon, P. Koechlin et P. Paumelle.** *Syndrome de Ganser au cours d'un épisode dépressif.* (GANSERSches Syndrom im Verlauf einer depressiven Phase.) Ann. méd.-psychol. 1, 427—430 (1952).

Verff. teilen die Krankengeschichte einer 48jährigen Frau mit, die durch späte Eheschließung in Verbindung mit Wegzug aus ihrem Geburtsort zu Beginn der Involution eine Depression bekam. Diese verlief, nachdem Patientin wegen Angriffs mit einem Messer gegen ihren Mann eingewiesen worden war, unter dem Bilde eines GANSERSchen Syndroms. Verff., denen es nicht gelang, die affektiven Verdrängungen aufzuklären, nehmen an, daß die Reaktion des relativ alten Mädchens auf die Ehe mit Angst und Entwurzelung zu einer unerträglichen affektiven Situation geführt habe, die dann eine reaktive Psychose im mitgeteilten Sinne bewirkte.

HALLERMANN (Kiel).

**E. Gelma:** *Les paroxysmes épileptiques asymptomatiques vus du point de vue de la pratique médicale quotidienne et médico-légale.* (Die atypischen epileptischen Anfälle unter dem Gesichtspunkt der täglichen Allgemeinpraxis und der forensischen Medizin.) Strasbourg méd., N. s. 3, 643—646 (1952).

Eine kurze Mitteilung über die Beobachtung dämmerhafter Zustände, die dem epileptischen Formenkreis zugerechnet werden. Ein junger Mann aus gutem Hause verließ während einer Kinovorstellung plötzlich seinen Platz und urinierte in den Orchesterraum hinein. Eine junge Frau fiel in der Sprechstunde des Arztes während der Unterhaltung plötzlich vom Stuhl, stieß einige unartikulierte Schreie aus, erhob sich wieder, lief zweimal um den Tisch herum, ohne den Arzt anzustoßen, nahm wieder Platz und fragte den Arzt, wo sie sich befindet. Sie fühlte sich müde, hatte auf den Fußboden uriniert und erinnerte sich nicht mehr, warum sie zum Arzt gekommen war. Ein anderer junger Mann wurde in offensichtlich verwirrtem Zustand auf einem Pariser Bahnhof aufgegriffen. Er hatte 8 Tage vorher seine Heimatstadt verlassen, war mit einer gültigen Fahrkarte nach Paris gefahren, hatte dort in einem Hotel gelebt, das er aber nicht mehr benennen konnte. Ohne aufzufallen, hatte er eine Woche lang eine Existenz geführt, an die er keine Erinnerung mehr hatte. Nach seinem völligen Erwachen machte er den Eindruck eines normalen Menschen. Verf. knüpft daran die Feststellung, daß jedes „Unbewußte“ und mit Amnesie einhergehende Handeln auf Epilepsie verdächtig sei, wobei die üblichen Merkmale epileptischer Wesensveränderung fehlen können. Die Rezidivierung solcher abnormaler psychischer Verhaltensweisen wird als ausreichend angesehen, die Absicht der Simulation ausschließen zu können. Die differentialdiagnostischen Erwägungen können nicht recht überzeugen. Die forensisch-medizinische Beurteilung wird nur im letzten Satz gestreift. ROMMENY (Berlin).

**Giuseppe Tansella:** *Il valore medico-legale dei metodi clinici di provocazione degli accessi epilettici. Contributo sperimentale.* [Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Bari.] Zaccia 27, 105—112 (1952).

**F. Thiebaut, J. Helle et F. Isch:** *Deux exemples de forme psychique d'épilepsie traumatique.* (Zwei Beispiele psychischer Formen traumatischer Epilepsie.) Cahiers Psychiatr. 8, 25—31 (1952).

Verff. berichten ausführlich über zwei Fälle traumatischer Epilepsie hinsichtlich ihres psychischen Bildes, deren Diagnose schwierig und nur mit Hilfe des EEG zu stellen war. Dabei handelte es sich bei der ersten Beobachtung um eine Epilepsie psychomotorischer Art, während die zweite Zwischenhirnsyndrome, wie Diabetes insipidus, Schlaf- und Ernährungsstörungen aufwies. Letztere Störungen waren nach Ansicht der Verff. bedingt durch einen als Traumafolge aufgetretenen cerebralen Kollaps mit intrakranieller Druckverminderung. Die durchgeführten Encephalogramme hätten anscheinend zu einer augenblicklichen Verstärkung dieses neurovegetativen Desequilibriums geführt und so indirekt zur Maskierung der traumatischen Epilepsie als Verwirrheitszustand mit Wutanfällen beigetragen. Eine anticomatóse Behandlung ließ die psychischen Störungen verschwinden und normalisierte das EEG. HALLERMANN (Kiel).

**F. Dubitscher:** *Feststellungen bei 1000 Hirnverletzten an Hand der Versorgungsakten.* Mschr. Unfallheilk. 56, 65—82 (1953).

**H. P. Hoheisel und R. Welch:** *Über manisch-depressive und verwandte Verstimmungszustände nach Hirnverletzung.* [Hirnverletztenheim Bad Homburg v. d. H., Tannenwaldallee 10.] Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. 188, 1—25 (1952).

Kurze Beschreibung von 5 Krankheitsfällen, bei denen nach einer Hirnverletzung manisch-depressive Bilder auftraten, die jahrelang bestanden. Auffallend war der rasche Wechsel der

einzelnen Depressionen, die manchmal nur Stunden und Tage anhielten. Bei 4 Fällen bestand keine endogene Belastung. Es wird ein organischer Ausfall im Bereich des Zwischenhirns angenommen (bei 4 von 5 Fällen waren intracerebrale Splitter vorhanden). Zahlreiche interessante Hinweise auf Literaturangaben und Betonung der beachtlichen Tatsache, daß durch organische Schädigung ein psychisches Krankheitsbild entstehen könne, das den endogenen Psychosen sehr ähnelt.

HALLERMANN (Kiel).

**Günter Elsässer und Hans-Walter Grünwald: Schizophrene oder schizophrenie-ähnliche Psychosen bei Hirntraumatikern.** [Landesheilanst., Bonn, u. Med. u. Nervenklin., Städt. Krankenanst., Wuppertal-Barmen.] Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. 190, 134—149 (1953).

**Hanns Schwartz: Ein durch einen ungewöhnlichen Selbstmordversuch kompliziertes forensisch psychiatrisches Gutachten.** [Univ.-Nervenklin. u. Chir. Univ.-Klin. Greifswald.] Psychiatr., Neurol. u. med. Psychol. 4, 206—211 (1952).

Ein des Mordes angeklagter Mann treibt sich einen 13 cm langen Eisendrahtstift in Schädel und Gehirn. Der Stift wird sofort operativ entfernt. Es können nur unwesentliche psychische und neurologische Ausfälle festgestellt werden. Trotzdem ist Patient als Hirnverletzter zu betrachten, wodurch Schwierigkeiten in der forensisch-psychiatrischen Beurteilung der Tat entstehen. Es handelt sich um einen erblich belasteten, milieugeschädigten, triebhaften, moralisch anästhetischen Psychopathen.

FÖRSTER (Marburg).

**Johannes Hirschmann: Umweltstabilität der Neurosehäufigkeit. Statistische Untersuchungen am Rentengutachten der Univ.-Nervenklinik Tübingen in den Zeitschnitten 1919—1924, 1935—1939 und 1945—1949.** [Univ.-Nervenklin., Tübingen.] Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. 189, 192—207 (1952).

Zur Überprüfung der Frage, ob Umweltfaktoren allein eine dominierende Rolle beim Zustandekommen von Neurosen spielen, wurden vom Verf. insgesamt 2576 Rentengutachten der Tübinger Nervenklinik in drei bestimmten Zeiträumen vergleichend ausgewertet. Der Anteil der neurotischen Störungen in diesen Zeitschnitten belief sich auf 1919—1924 (447 Fälle) = 30% ; 1935—1939 (1410 Fälle) = 31,6% ; 1945—1949 (719 Fälle) = 27,6%, im Durchschnitt also rund 30%. Das Verhältnis der Anfälligkeit für die Neurose bei Männern und Frauen erfuhr keine Verschiebung (Männer 20—25%, Frauen unter 10%). Der sog. Kriegsneurotikerprozentsatz betrug nach den beiden Weltkriegen ebenfalls 30% (30,5 und 30,4%). Nach Schädel- und Wirbelsäulentaummen, rheumatischen Erkrankungen traten mehr neurotische Störungen auf, als nach anderen Körperschäden. Kommotionen zeigten einen höheren Prozentsatz als Hirnverletzungen, ebenso Bein- gegenüber Armverletzungen. Die Verunfallten der Invalidenversicherung wiesen eine besonders starke Tendenz zur Neurosebildung auf. Die Zahl neurotischer Störungen bei Kriegsdienstbeschädigten war um so höher, je weiter das Kriegsende zurücklag. Der Anteil der Neurosen ohne Organschäden betrug in diesen Fällen von 1919—1924 = 13,7% ; von 1945 bis 1949 = 1,9%. Eine eindeutige Abnahme erfuhrn psychogene Tremoren und Anfälle, in geringerem Umfange Sprachstörungen und Angstzustände. Der Neuroseentstehung kommen nach Ansicht des Verf. Umweltfaktoren — ausgenommen Krieg, Katastrophen und chronisch wirkende soziale Faktoren — keine entscheidende Bedeutung zu, sondern sie wird auf endogene psychische Faktoren bei besonderer Persönlichkeitsstruktur zurückgeführt, die in einem bestimmten Bevölkerungsanteil vorhanden sind.

KREFFT (Leipzig).

**W. Schellworth: Die gutachtliche Bedeutung der „Neurose“.** Dtsch. med. J. 1952, 411—414.

SCH. legt in kurzen Umrissen die geschichtliche Entwicklung und Wandlung des Neurosebegriffes von der Monographie OPPENHEIMS bis zu NONNES Enthronisierung der bisherigen Auffassung von der Neurose als einer Nervenstörung dar. Da nun in der Folgezeit die alte überholte Terminologie beibehalten wurde, kam es nach Ansicht SCH.s, der der klinischen Psychopathologie folgend, es vorzieht, statt „Neurose“ von abnormer Erlebnisreaktion zu sprechen, zu manchen Mißverständnissen zwischen Juristen und ärztlichen Sachverständigen. SCH. ist der Meinung, daß die seelische Reaktion auf die Tatsache des Versichertseins nicht als abnorm bezeichnet werden kann, und daß es dazu keiner psychopathischen Persönlichkeitsanlage bedarf. Die Unfall- und Rentenversicherung kann nicht die Versicherten in seelisch abnorme Persönlichkeiten umwandeln. Jeder reagiert auf seine Weise auf die Tatsache des Versichertseins, womit allerdings die Gefahr, „in Versuchung geführt zu werden“ und ihr zu erliegen, gegeben ist. Der Verf. legt weiter an Hand der Ausführungen von PRINZHORN und E. STRAUSS und unter

Hinzuziehung des sozial-ethischen Begriffes von der Grenzmoral die gesamte gegenwärtige Problematik dar, wie sie gegeben ist durch die Entwicklung der Unfall- und Rentenversicherung und ihres Schutzes einerseits und der psychogenen Zweckreaktionen und Entschädigungstendenzen der sie begleitenden „Neurosen“ andererseits. Den letztgenannten Begriff bezeichnet SCH. als irreführend, da es sich bei den sog. Unfall- und Rentenneurosen um falsch deklarierte Verhaltensweisen und keinesfalls um Krankheiten oder Erscheinungen von Krankheitswert handelt. SCH. trennt weiter von der seelischen Reaktion auf die Tatsache des Versichertseins die eigentlich abnormen Erlebnisreaktionen, zumal diese durch ihre Namensgemeinschaft (Neurose) für den medizinischen Laien und Juristen ein Gewicht erlangen, was ihnen nicht zukommt. Daraus folgernd empfiehlt SCH., in den gutachtlichen Darlegungen darauf hinzuweisen, daß die psychogene Zweckreaktion weder krankhaft ist noch dem angeblich traumatischen Geschehen zur Last gelegt werden kann, sondern den Charakter eines Irrtums hat. Nach Ansicht des Verf. spielen jene Irrtümer, beruhend auf der Einbildung oder überwertigen Idee, an einer unfall- oder kriegsbedingten Schädigung zu leiden, auch als Bauelemente der „Neurose“ im Sinne der Psychotherapeuten eine entscheidende Rolle, wobei zu ihrer Überwindung die Einsicht in jene Irrtümer und Illusionen notwendig sein soll. Hierin liegt der erste zu korrigierende Irrtum; man kann also — sich der Verantwortung entziehend — keine Neurose haben, sondern man ist Neurotiker und nimmt somit, nach v. HATTINGBERG, dafür die volle Verantwortung wie für die Eigenschaften seines Charakters. Ohne vorerst auf den strittigen Ursachenbegriff im medizinischen und juristischen Sinne und die damit in Verbindung stehenden Zusammenhänge weiter einzugehen, prüft SCH. vor allem die Schadensfrage. Er behauptet, indem er sich auf einen Hinweis von KNOLL stützt, daß die sog. Unfall- und Rentenneurosen keinen wirklichen sondern nur einen scheinbaren Schaden abgeben. Der Verf. weist weiter darauf hin, daß man bei der Beurteilung der Zusammenhangsfrage doch wissenschaftlich vorsichtiger sein soll, und daß — ohne die Ganzheit leib-seelischer Zusammenhänge etwa leugnen zu wollen — „eine Psychose körperlicher Symptome eine erkenntnistheoretische Unmöglichkeit darstellt“, zumal sie noch in den allerersten Anfängen stecken soll. REDHARDT (Frankfurt a. M.).

**Franz Nitsche: Über die sogenannte Unfallneurose.** Mschr. Unfallheilk. 55, 305—308 (1952).

Der Autor setzt sich auseinander mit einem gleichnamigen Referat von SCHELLWORTH. Danach soll SCH. u. a. die Schwierigkeiten dargelegt haben, die sich aus der voneinander abweichenden Auffassung des Ursachebegriffes durch Richter und Gutachter ergeben. Der Verf. glaubt nun, daß die Ursache dieser Mißverständnisse mehr von der unterschiedlichen Einstellung zum Wesen der sog. Unfallneurose herrühren. Da die Unfallneurotiker keine Simulanten oder Betrüger sind, so entwickelt N. weiter, müssen dem Richter die Klagen des Patienten mit Recht glaubwürdig erscheinen, während der Gutachter darauf hinweist, daß der Betreffende auf das Unfallereignis nur mit der Vorstellung krank zu sein reagiert hat. Indem sich also der Jurist — gefühlsmäßig erkennend, daß hier etwas nicht stimmt — bei seiner Urteilsbildung von der Auffassung des Gutachters entfernt, geht er nach Ansicht Ns über den Wortlaut des Gesetzes hinaus — und urteilt somit ärztlicher als der Gutachter selbst. Dieser wiederum soll in diesem Punkte juristischer als der Jurist sein. Nach Meinung des Autors hat die Unfallneurose Krankheitswert, sie stellt wohl keine Krankheit im medizinischen Sinne, aber doch einen krankhaften seelischen Zustand im ärztlichen Sinne dar. Folglich dürfe, so fährt der Verf. anschließend fort, man wohl auch nicht wie SCH. von „Irrtum“ sprechen und auch nicht die funktionellen Störungen des Neurotikers als „eingebildet“ bezeichnen. Dieser Vorschlag über die Einstellung zur sog. Unfallneurose ändert jedoch nichts an der auch vom Verf. geteilten Auffassung, daß die Unfallneurose dem Wortlaut des Gesetzes entsprechend nicht Unfallfolge und folglich nicht entschädigungspflichtig ist. REDHARDT (Frankfurt a. M.).

**Hans Glatzel: Die Organneurosen und ihre versicherungsmedizinische Beurteilung.** Ärztl. Wschr. 1952, 897—900, 921—924.

**Ludwig Leonhardt: Neurose und Sozialversicherung.** Hippocrates 23, 700—703 (1952).

**Rudolf Flückiger-Müller: Persönlichkeit und Lebenssituation von 130 Versicherungsneurotikern.** [Psychiatr. Klin., Univ. Basel.] Schweiz. Arch. Neur. 68, 279—303 (1952).

Unter Versicherungsneurose versteht der Verf. die schweren, abnormen, seelischen Reaktionen und Entwicklungen auf Unfälle oder Krankheiten, die den Charakter einer selbständigen

Krankheit annehmen. Die Untersuchung stützt sich auf 130 Probanden, von denen 85 reine Versicherungsneurosen, die anderen neurotische Überlagerungen organischer Schäden aufwiesen. Darunter fanden sich auch zum Teil bewußt Aggravierende und Simulierende, jedoch nur einer, bei dem alle Symptome offenkundig simuliert waren. Der Persönlichkeit nach gehörte die Hälfte zur Kategorie der Psychopathen (viel Selbstsichere, Überempfindliche, weniger Willensschwache, Gemütsarme, Hyperthyme und Stimmungslabile). Oligophrene fanden sich zu 25 %, Entwicklungsgehemmte zu 7 %, chronische Alkoholiker zu 9 % unter den Versicherungsneurotikern. 18 % der Probanden standen im Rückbildungsalter, nur 2 % in den Reifejahren. Insgesamt wiesen 80 % der Versicherungsneurotiker eine prätraumatische bzw. prämorbide abnorme Persönlichkeit auf. 70 der 130 Probanden befanden sich in einer abnormen Lebenssituation, davon die meisten in finanziellen Schwierigkeiten. Vor allem ließ sich bei den 25 offensichtlich vollwertigen Persönlichkeiten 21mal eine Konfliktssituation nachweisen. Das zeigt, daß sich auch bei seelisch Gesunden eine Versicherungsneurose entwickeln kann, wenn eine ungewöhnliche Lebenslage besteht.

WIETHOLD (Frankfurt a. M.).

**H. W. Grühle: Dürfen Neurotiker invalidisiert werden?** Nervenarzt 23, 215—218 (1952).

Sehr wichtige, von GRÜHLE kommentierte Entscheidungen aus dem Gebiete der Sozialversicherung (Nr. 460 und 461 aus der BREITHAUPTschen Sammlung). Nach der Entscheidung des Bayerischen Landesversicherungsamtes wäre in Zukunft auch von den OVA „die seelische Sperrung des Arbeitswillens“ als fähig, eine Invalidität auszulösen zu berücksichtigen. Es gäbe eine krankhafte oder neurotische Störung des Arbeitswillens, bei der nur Grad und Auswirkung auf die objektive Erwerbsfähigkeit fraglich erscheine. Auch derartige Störungen seien jedoch eine Krankheit im Sinne des § 1254 RVO nämlich dann, wenn sie den Arbeitswillen krankhaft stark beeinflussen, daß er nicht mehr ausreiche, den Trieb zur Verrichtung regelmäßiger Arbeit zu veranlassen und wenn der Betreffende sich dieses mangelnden Arbeitswillens infolge der bestehenden Störungen nicht klar bewußt sei, ihre Behebung also nicht mehr von seinem Willen abhänge. Die Entscheidung des OVA Schleswig vom 6. November 1950 stellt sich auf den alten, früher vertretenen Standpunkt des RVA und erklärt, daß wunschbedingte Neurosereaktionen seelische Reaktionen darstellen und keinen Anspruch auf eine Invalidenrente bedingen könnten. Die Begründung zu Schleswig ist außerordentlich eingehend und müßte nachgelesen werden. GRÜHLE glaubt, daß die Entscheidung des Bayer. Landesversicherungsamtes weder theoretisch noch praktisch zu erhärten sei. Sie müsse auch im Anschluß an die Entscheidung des Oberversicherungsamtes Schleswig grundsätzlich abgelehnt werden. HALLERMANN (Kiel).

**Werner Wilde: Die Unfallneurose als Problem der Sozial-Rechtsprechung in der neueren Entwicklung.** Fortschr. Neur. 20, 477—491 (1952).

Bericht über 5 Fälle von fraglicher KDB. für neurotische bzw. psychotische Zustände, die nach Traumen (Schreck) aufgetreten waren (3 der Fälle noch nicht definitiv entschieden). Verf. bespricht vor allen Dingen die „Unfallsneurose“, die in der Regel als Unfallsfolge abgelehnt wird (bzw. wurde, auch vom Reichsgericht). Nur in seltenen Ausnahmefällen sind seelische (neurotische) Unfallsfolgen als solche anzuerkennen. Wichtigster Fall: Fall 1. Leider fehlt in diesem Fall ein Obduktionsprotokoll. Ref. erinnert sich eines Obduktionsfalles, in dem bei einer ausgemachten Schizophrenie in einer Legalsektion als Todesursache eine ulceröse Endokarditis der Mitrals und Aorta festgestellt wurde.

KOOPMANN (Hamburg).

**Paul G. Dane and L. Howard Whitaker: Hypnosis in the treatment of traumatic neurosis. A case study.** (Die Hypnosebehandlung der traumatischen Neurose. Eine kasuistische Studie.) [Repatriat. gen. Hosp., Heidelberg.] Dis. Nerv. System 13, 67—76 (1952).

**Peter Dubs: Der Einfluß des zweiten Weltkrieges auf die seelischen Erkrankungen in der Schweiz.** [Heil- u. Pflegeanst., Münsingen.] Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. 189, 421—434 (1952).

Bei der Auswertung der Statistiken von 22 schweizerischen Heil- und Pflegeanstalten aus den Jahren 1938—1946 fand sich seit 1942 eine erhebliche Zunahme der Internierungen. Nicht alle Krankheitsgruppen waren gleichmäßig von dieser Zunahme betroffen. Während schizophrene Erkrankungen, manisch-depressive Mischzustände und Alkoholiker eine stagnierende Tendenz aufwiesen, war eine auffällige Zunahme bei depressiven Erkrankungen, Psychopathien und psychogenen Reaktionen festzustellen. Als Grund für die vermehrte Hospitalisierung werden

veränderte soziale und wirtschaftliche Bedingungen (nicht Veränderung der Morbidität) in Anspruch genommen: Vollbeschäftigung, flüssige Geldmittel, Ernährungslage in der Anstalt und in der Privatfamilie, verminderde Toleranz der Bevölkerung. Für die Zunahme von Anstalteinweisungen von Psychopathen und psychogenen Erkrankungen ist wahrscheinlich neben den sozialen Faktoren ein Einfluß der psychischen Drucksituation bzw. mangelnde Anpassungsfähigkeit an die veränderten Verhältnisse anzunehmen. Die außerordentlich starke Zunahme sowohl endogener als auch reaktiver Depressionen läßt an eine gewisse Bedeutung der veränderten Ernährungs-Stoffwechsel Lage denken.

BSCHOR (Berlin).

**Karl-Heinz Glanz: Die Regelung der Zwangseinweisung Geisteskranker in Heilanstalten.** Dtsch. med. J. 1952, 552—554.

**Konrad Ernst: Zur Frage der Aufnahme eines Kranken in einem psychiatrischen Krankenhaus gegen seinen Willen.** Nervenarzt 23, 151—152 (1952).

**H. Ehrhardt: Die Anstaltseinweisung Geisteskranker als juristisch-medizinisches Problem. Ein Beitrag zur Geisteskranken-Gesetzgebung.** [Nervenklin., Univ. Marburg.] Z. Arztrecht 2, 204—210 (1952).

An Hand eines kurz geschilderten Falles werden die rechtlichen Schwierigkeiten und die ärztlichen Forderungen in bezug auf die Frage der Einweisung eines Geisteskranken in die Anstalt unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Hessen besprochen. Es werden die verschiedenen Begriffe der Gemeingefährlichkeit behandelt und die Möglichkeiten auseinandergesetzt, unter denen eine Zwangseinweisung überhaupt erfolgen kann. Schließlich wird nachdrücklich betont, daß in jedem Fall die Entscheidung nur in der Hand des Arztes liegen könne. Das neue Geisteskrankenfürsorgegesetz muß auf dem Vertrauensverhältnis zwischen dem Geisteskranken und seinen Angehörigen einerseits und dem Arzt andererseits aufgebaut werden.

HALLERMANN (Kiel).

**Josef Fervers: Ein Fall von abnormer Mutterbindung und seine Beurteilung im Strafverfahren.** [Rhein. Landesheilanst., Düren.] Z. Psychother. 2, 258—262 (1952).

Bei der psychiatrischen Begutachtung eines 42jährigen Behördenangestellten, der sich ein halbes Jahr der fortgesetzten Unzucht (mutuelle Onanie) mit zwei Jungen im Alter von 13 und 14 Jahren schuldig gemacht hatte, wurden infantiler Gesichtsausdruck, infantil-egoistische Wesenszüge, ferner Hilflosigkeit und Unselbständigkeit festgestellt. Für Psychopathie oder Psychose keine Anhaltspunkte. Der Untersuchte hatte als Kind („Sorgenkind“) eine besonders innige Bindung an die Mutter, half ihr später im Haushalt, pflegte sie anlässlich einer Unterleibserkrankung, schließt nach 1945 infolge Wohnungsnot zusammen mit ihr im gleichen Bett und fühlt sich auch jetzt noch völlig abhängig von der Mutter. Kontakt mit Frauen wurde von der Mutter stets verhindert. Verf. bewertet das Zustandsbild als Teilretardierung bei instinkthafter und erzieherisch verfestigter Fixierung an die Mutter. Seine unsittlichen Handlungen entsprechen „der zum Teil auf der Pubertät stehengebliebenen psychosomatischen Konstitution“ und müßten als Versuch einer Instinktablösung von der Mutter betrachtet werden. § 51 Abs. II StGB wurde bejaht.

BSCHOR (Berlin).

**Gerhard Schmidt: Duplizität von Delikten in Ausnahmezuständen.** [Psychiatr. Abt. Städt. Krankenanst., Lübeck.] Fortschr. Neur. 20, 469—476 (1952).

Deliktfreie Dämmerzustände und dämmerzustandsfreie Triebverbrechen neigen zur Rekapitulation, weil körperliche Abläufe einschließlich Dämmerzustand ihren Rhythmus haben. Die tatpsychologische und die psychiatrisch-diagnostische Methode müssen bei der Begutachtung beide benutzt werden und einander ergänzen. Die Diagnose Epilepsie ist allein noch kein Beweis für einen Ausnahmezustand zur Zeit der Tat, denn sonst könnte jede von einem Epileptiker begangene Handlung, an die er sich nicht erinnern will, für nichtig erklärt werden. Allen Formen der Bewußtseinsstörung (epileptische, alkoholische usw.) ist im übrigen die Bloßstellung der Triebe des betreffenden Individuums gemeinsam. (3 Fälle und wichtigste Literatur.)

RUDOLF KOCH (Halle a. d. Saale).