

üblich in Gewaltrichtung trichterförmig auseinandergehend. Mikroskopische Untersuchungen zeigen an den abgerundeten Bruchstellen feinste, querlaufende (in Schlagrichtung) Sprünge, sog. „rip-marks“ als Folge der beim Stoß auftretenden elastischen Wellen. Diese sind eindeutig von den sog. Lanzetsprüngen zu unterscheiden. Weiterhin finden sich dem kreisförmigen Verlauf des Sprunges entsprechend, feinste, schallplattenähnliche, teilweise kongruent verlaufende Rillen (sog. „Wallner-Linien“). Diese Wallner-Linien entstehen an dem inneren, abgerundeten Rand, ausgelöst durch Eigenspannungen an Kerbstellen mit einer Überlagerung des Bruchvorganges mit elastischen Wellen. Daneben treten noch muschelige Ausschellerungen auf, die in ihrer Entstehungsart mit den Wallner-Linien verwandt sind. Neben der kreisrunden Bruchform mit Wallner-Linien und „rip-marks“ ist die geringe Anzahl großer Lanzetsprünge für die Einwirkung einer starken, runden Gewalt typisch. Durchschuß und Glasschneider-Vorarbeit lassen sich sicher abgrenzen. Zur genauen Tatrekonstruktion ist die Sicherstellung sämtlicher Glasscherben innerhalb des Fensters notwendig.

BOSCH (Heidelberg)

Versicherungs- und Arbeitsmedizin

- **Martin Reichardt: Einführung in die Unfall- und Rentenbegutachtung.** 4. Aufl. neu hrsg. von G. E. STÖRING u. W. SCHELLWORTH unter Mitarb. von E. W. BAADER, E. BURESCH, W. DÖHNER u. a. Stuttgart: Gustav Fischer 1958. XII, 487 S. u. 27 Abb. Geb. DM 39.50.

Der „neue Reichardt“ zeichnet sich durch 2 Eigenschaften besonders aus: 1. Die bewährte Begrenzung des Themas auf die Neurologie mit breitem Eingreifen in die Psychologie und Psychiatrie und mit besonderer Berücksichtigung der Systematik und Technik der Begutachtung ist erhalten geblieben. 2. Das seit der letzten Auflage reich angewachsene Erfahrungsgut ist ebenso knapp wie geradezu lückenlos berücksichtigt. Der Reichardtsche Grundgedanke, nicht so sehr die fachklinische Vertiefung zu betonen, als vielmehr ganz ausdrücklich auf die Begutachtung abzustellen, ist von den Herausgebern streng beibehalten worden. Insoferne ist es zu begrüßen, daß der allgemeine Teil erweitert wurde, der übrigens einige Abschnitte von ganz besonderer Qualität enthält, so den über die Grundbegriffe von SCHELLWORTH, sowie die Kapitel über die Gutachtertätigkeit und über die Untersuchungstechnik von STÖRING und GRAHMANN. Auch im speziellen Teil ragen die Aufsätze von STÖRING und GRAHMANN über das allgemein hervorragende Niveau (z. B. WILD: Peripherie Nervenschäden und Rückenmarkserkrankungen) noch hinaus. Die 4. Auflage wird wieder das unentbehrliche kleine Handbuch für den Gutachter werden, vor allem für denjenigen, der zwar über eine gute klinische Sachkunde, aber nicht über eine entsprechend große Erfahrung in der Gutachtertätigkeit verfügt. Nicht unerwähnt soll bleiben, daß das Buch für die Fülle des Inhaltes handlich und sehr preiswert ist. ELBEL (Bonn)

- **Heinrich Breitenfelder: Die Begutachtung des Unfallzusammenhanges der Meniscusbeschädigung.** (H. z. Unfallheilkde. Hrsg. von A. HÜBNER. H. 57.) Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1958. 40 S. u. 4 Abb. DM 7.60.

Die Frage nach dem Zusammenhang einer Meniscusablösung mit einem echten oder vermeintlichen Unfall sei immer noch schwer zu beantworten. Es wird versucht die Antwort zu erleichtern auf Grund der Beobachtungen der letzten 5 Jahre. Bei jeder Meniscusschädigung wurde ein Unfallzusammenhang überprüft, grundsätzlich alle histologisch untersucht. Zur Klärung des Unfallzusammenhangs sei die Erfassung der genauen Vorgeschichte, die Analyse des ange schuldigten Ereignisses, die Symptome unmittelbar nach diesem Ereignis, der gesamte klinisch Befund, der Röntgenbefund, der Operationsbericht und der histologische Zustand erforderlich. Diese Punkte werden in allen Einzelheiten besprochen. Die grundsätzliche Unterscheidung zwischen einem echten traumatischen Meniscusriss oder der Ablösung eines degenerativ veränderten Meniscus sei für die Begutachtung eine ebenso wesentliche Grundlage wie die Unterscheidung zwischen habitueller Meniscusluxation und traumatische Schädigung eines vorher degenerativ veränderten Meniscus. Die Schrift läßt die Schwierigkeiten der Beurteilung in allen Einzelheiten sehr deutlich werden. Die verschiedenen Ansichten bekannter Gutachter auf diesem Gebiet werden gegenseitig abgegrenzt.

H. KLEIN (Heidelberg)

- **Hermann Ammermüller: Handbuch für Krankenkassen und Ärzte.** Allgemeine ärztliche und medizinisch-versicherungsrechtliche Probleme und Begutachtungen

in der gesetzlichen Krankenversicherung. 2. erw. Aufl. 2. Nachtragslfg. — April 1958. Loseblattausgabe. Bad Godesberg: Asgard-Verlag 1958. 52 S. DM 4.10.

Über dieses Nachschlagwerk hat GOLDBACH in dieser Z. 45, 584 (1956) referiert. Die jetzt vorliegende Nachtragslieferung bringt Ergänzungen, in welchen u.a. zur Möglichkeit der kassenärztlichen Behandlung von Muttermalen Stellung genommen wird. Die Bestimmungen über den vertrauensärztlichen Dienst und über die Zusammenarbeit zwischen Vertrauensarzt und Krankenkasse aus der Vorkriegszeit werden wiedergegeben. Frühgeborene müssen unter Umständen besonders eilig in das Krankenhaus transportiert werden, die Kosten hierfür können von den Krankenkassen übernommen werden. Eine fetale Geschlechtsbestimmung liefert nur unsichere Ergebnisse. Die Krankenkasse pflegt die Kosten nicht zu übernehmen. Arzneimittel beim Altern können nur beschränkt für die Krankenkassen zugelassen werden, da das Altern als physiologischer Vorgang angesehen werden muß.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Entscheidungen des Bundessozialgerichts.** Hrsg. von seinen Richtern. Bd. 5. Köln u. Berlin: Carl Heymann 1958. XI u. 308 S. Geb. DM 19.50.

Von den Entscheidungen des Bundessozialgerichtes, die durch seine Richter herausgegeben werden (Referat von Bd. 4 siehe diese Z. 47, (1958)], ist jetzt ein neuer Band erschienen. Medizinisches Interesse haben nachfolgende Entscheidungen: Wenn ein Arzt nach früherem Recht zur Kassenpraxis zugelassen wurde, also auch nach den Zulassungsbestimmungen aus der nationalsozialistischen Zeit, die im übrigen nicht sehr wesentlich von den jetzigen abweichen, so ist die damals erteilte Zulassung auch jetzt noch rechtsgültig. Das Recht auf Ausübung der Kassenpraxis genießt „Eigentumsschutz“; es erlischt nicht durch die inzwischen eingetretene Neuordnung (Urteil des 6. Senats vom 19.3.57, Az. 6 R Ka 5/55, S. 40 des Bandes). Entsteht über das Fortbestehen zur Zulassung als Kassenarzt auf Grund der Bestimmungen des Bundesvertebenengesetzes Streit, so ist das Sozialgericht und nicht etwa das Verwaltungsgericht zuständig (Urteil des 6. Senats vom 19.3.57, Az. 6 T Ka 20/55, S. 50 des Bandes). Ein jüngerer Mann wurde am 15.8.45, also nach Beendigung des Krieges in seiner Wohnung in Berlin von 2 plündernden Männern erschossen worden, die höchstwahrscheinlich zu einer aus jugoslawischen Staatsangehörigen bestehenden Einbrecherbande gehörten. Es war ein Streit darüber entstanden, ob dies als Schädigung im Sinne des Kriegsversorgungsgesetzes zu bewerten war. Das BSG hat die Frage bejaht. Die damals bestehenden Zustände hingen noch mit dem Krieg zusammen; die während des 2. Weltkrieges zwangsläufig nach Deutschland gebrachten Fremdarbeiter hätten vielfach die Deutschen; unter ihnen befanden sich aber auch kriminelle Elemente, gegen die die deutsche Bevölkerung damals mehr oder minder schutzlos war (Urteil des 8. Senats vom 26.4.57, Az. 8 R V 217/55, S. 116). Ist ein Prozeßbeteiligter also meist ein Kläger im Verfahren vor dem Sozialgericht wegen Geisteskrankheit geschäftsunfähig, so ist er im Revisionsverfahren insoweit als prozeßfähig zu behandeln, als über die Frage seiner Prozeßfähigkeit zu entscheiden ist. Erhebt ein prozeßunfähiger Kläger gegen einen ablehnenden Rentenbescheid Klage beim Sozialgericht, so kann der Vorsitzende entweder die Bestellung eines gesetzlichen Vertreters veranlassen oder bis zu dessen Eintreffen einen besonderen Vertreter bestellen. Die Klage darf aber nicht grundsätzlich mangels Prozeßunfähigkeit des Klägers abgewiesen werden (Urteil des 3. Senats vom 28.5.57, Az. 3 R J 98/54, S. 176 des Bandes). Im Rahmen der Bestimmung des Knappschaftsgesetzes muß eine Helfertätigkeit für die Gedingschlepper und Lehrhauer im wesentlichen als gleichartig und wirtschaftlich gleichgeltend der der Tätigkeit der Hauer und Gedingschlepper angesehen werden (Urteil des 5. Senats vom 6.6.57, Az. 5 R Kn 15/56, S. 19 des Bandes). Nur als Beispiel dafür, mit welchen Fragen sich die Senate beschäftigen müssen, sei noch folgendes mitgeteilt: Ein Pflichtmitglied einer Krankenkasse war arbeitsunfähig und erhielt Krankengeld (April 1951); in der Zeit der Arbeitsunfähigkeit war er einen Tag als Schöffe tätig und hätte für diesen Tag keinen Lohn erhalten. Bei der Berechnung des Grundlohnes hat die Krankenkasse ihm diesen Tag, an dem er als Schöffe tätig war, nicht angerechnet. Der sich anschließende Prozeß begann noch beim zuständigen Oberversicherungsamt. Im August 1957 hat das BSG entschieden, daß Lohnausfälle infolge des Schöffenamtes das Krankengeld nicht mindern dürfen (Urteil des 3. Senats vom 21.8.57 Az. R K 8/54).

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Entscheidungen des Bundessozialgerichts.** Hrsg. von seinen Richtern. Bd. 6, H. 1. Köln u. Berlin: Carl Heymann 1958, 64 S.

Aus dem vorliegenden Heft mag auf nachfolgende Entscheidungen eingegangen werden: Wurde eine Rente auf Grund einer Fehldiagnose gewährt, so ist es — wie sich auch aus anderen Entscheidungen ergibt — nicht recht möglich, die Rente aus diesem Grunde zu reduzieren.

Dies ist nur statthaft bei einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse des Versicherten; sie liegt aber nach Auffassung des BSG nicht vor, wenn die Bedeutung der Krankheitsercheinungen für die Erwerbsfähigkeit des Versicherten überbewertet worden ist, obwohl eine richtige Diagnose zur Gewährung der Rente nicht ausgereicht hätte (Urteil des 5. Senats vom 3. 10. 57 Az. RKn 28/56 Seite 25 dieses Heftes). — Im Rahmen der knappschaftlichen Tätigkeit kann für die Feststellung der Berufsunfähigkeit nur die tatsächlich bisher verrichtete Arbeit als maßgebend angesehen werden. Berufstätigkeiten die der Versicherte im Laufe weiterer Berufsentwicklung möglicherweise einmal verrichtet haben würde, können nicht berücksichtigt werden (Urteil des 3. Senats vom 3. 10. 57 Az. 5 RKn 41/56, S. 38 dieses Heftes).

MUELLER (Heidelberg)

● **Sozialgerichtliche Entscheidungen über den Zusammenhang zwischen Unfall und Erkrankung.** Hrsg. von ALFONS LOB u. REIMUND ASANGER unter Mitarb. von JÜRGEN PROBST. Stuttgart: Ferdinand Enke 1958. 280 S. Geb. DM 27.50.

Die Sammlung sozialgerichtlicher Entscheidungen möchte — dies geht aus dem Vorwort hervor — eine Fortsetzung und Ergänzung des Buches von ROSTOCK (Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes über den Zusammenhang zwischen Unfall und Erkrankungen, 1931) sein. Die Neuordnung der gesetzlichen Unfallversicherung soll aus der Sammlung ebenso erkannt werden wie die inzwischen fortgeschrittene Entwicklung in der medizinischen Wissenschaft. Da Entscheidungen des Bundessozialgerichtes noch nicht vorgelegt werden können, wurden Urteile der Landessozialgerichte, vereinzelt auch von Sozialgerichten, wiedergegeben. Die Urteile werden, ohne kritische Würdigung alphabetisch geordnet: Ablatio retinae bis Cystenlunge. Die Aufnahme rechtskräftiger, medizinisch noch diskussionsfähiger Entscheidungen kritischer, die Grenzen der Entscheidungsmöglichkeit überhaupt erreichender Gutachten ist in der Sammlung besonders zu begrüßen; hierfür einige Beispiele: Herztod eines Radfahrers gegen einen Sturm mit Böen von Windstärke 10—12; Ohnmacht durch Einatmung alkoholischer Dämpfe; Subarachoidalblutung bei hohen Temperaturen; Vergiftung durch Titan-tetrachlorid; Herztod und Schreck. Das Buch wird, ähnlich wie das von ROSTOCK, ein wertvoller Ratgeber des Gutachters werden.

H. KLEIN (Heidelberg)

● **Alois Laarmann: Die chirurgischen Berufskrankheiten, ihre Vorbedingungen, Erscheinungsformen, Differentialdiagnosen, sowie die Möglichkeiten einer Vorbeugung und Behandlung mit Gutachtenbeispielen.** Mit einem Geleitwort von H. BÜRKLE DE LA CAMP. Stuttgart: Ferdinand Enke 1958. VI, 171 S. u. 92 Abb. Geb. DM 34.—.

Verf. tritt mit Recht dafür ein, daß die Berufskrankheiten nicht mehr allein ein Aufgaben-gebiet der Gewerbemedizin sein können. Diagnostik, Differential-Diagnostik, Behandlung und Begutachtung sind bei vielen Berufskrankheiten so weitgehend an Fachkenntnisse gebunden, daß es als selbstverständlich erscheint, daß jede Fachgruppe der Medizin sich ihrer Berufskrankheit annimmt. Daß das bisher nicht oder nur zögernd geschah, liegt an der Unsicherheit vieler Fachärzte auf dem Gebiet der Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin. Die Scheu, sich mit den Problemen der Berufskrankheiten zu befassen, ist unbegründet. Sie werden genau so diagnostiziert und behandelt, wie andere Krankheiten auch. Um sie zu diagnostizieren, muß aber der Begriff der Berufskrankheit fest und klar begrenzt sein. — Von diesen Erwägungen ausgehend werden die sechs chirurgischen Berufskrankheiten ausführlich dargestellt in Hinsicht auf Diagnose, Therapie, Prognose und Begutachtung. Verf. regt an, daß auch andere Fachgebiete ihre Berufskrankheiten in gleicher Weise bearbeiten. — Jeder Chirurg oder sonst tätige Arzt, der mit den Berufskrankheiten: Preßluftschaden, Überbeanspruchungsschaden der Sehnenscheiden, der Sehnen- und Muskelansätze, Nervendrucklähmung, Schleimbeutelschäden, Ermüdungsbrüche der Wirbelfortsätze und Bergmanns-Meniscus zu tun hat, sollte dieses Werk studieren. Es gehört in die Hand jedes Chirurgen.

HANSEN (Jena)

● **Beiträge zur Silikose-Forschung.** H. 50: HANS-JOACHIM LÖBLICH, WERNER KOCH, KARL-HEIZ SÖFFGE und MARTIN NORDMANN: Die Resorption einverleibten Staubes. Feinkörnige Stäube (Kalkspat, Spateisenstein, Talk, Rutil). HAKS-JOACHIM LÖBLICH, WERNER KOCH und MARTIN NORDMANN: Die Resorption einverleibten Staubes. Die Aufnahme von Kieselgur. DDIETER NACHTSHEIM: Über die Einwirkung von

Quarzstaub auf Esterase. Ein Beitrag zum Problem der katalytischen Beeinflussung des Stoffwechsels durch Quarzstaub. Bochum: Bergbau Berufsgenossenschaft 1957. S. 1—10; S. 11—52 u. 14 Abb., S. 53—70 u. 6 Abb.

I. Um die Resorption von Fremdstäuben bei Lebendbeobachtung auch in Korngrößen zu studieren, wie sie pathogene Stäube haben, wurden die 4 genannten Stäube in Tyrode-Lösung oder Serum suspendiert und zwischen die Blätter des Dünndarmmesenteriums des lebenden Kaninchens gespritzt. Die ersten 3 verschwanden bald, Rutil war aber in 3—10 Tagen (so lange wurde beobachtet) noch nachweisbar, im allgemeinen am gleichen Standort, darüber hinaus (wie die großen Quarzkristalle früherer Versuche der Autoren) in Fibrinfäden und flottierenden Fibrinflocken. Kein wesentlicher Abtransport, keine wesentliche Phagocytose und entzündliche Reaktion in den ersten 10 Tagen. — II. An Kaninchen wurde injizierte Kieselgur im Mesenterium, in der freien Bauchhöhle, am Auge, teils im Leben, teils im histologischen Präparat untersucht, ferner das Schicksal von Kieselgur nach Beatmung und intratrachealer Applikation postmortal makroskopisch und mikroskopisch. Versuchsdauer bis 5 Monate. — Kieselgur wird in wenigen Wochen aufgelöst, die Geschwindigkeit ist verschieden. Besonders dort, wo sie zu Konglomeraten zusammengepresst ist, bilden sich Fremdkörpergranulome, die Kieselgur vernichten. Der Abtransport durch die Lymphbahnen ist sehr gering. In der Lunge erfolgt die Resorption vorwiegend intracellulär innerhalb der Alveolen durch Alveolarepithelien, Makrophagen, Fremdkörperriesenzellen und Histiocyten. Frühzeitig wird an die Teilchen eine Eisen-Eiweißverbindung angelagert. Unspezifische Lungenreaktionen: Bronchopneumonie. Spezifische: Fremdkörpergranulome, die sich innerhalb von wenigen Monaten zurückbilden zu Fibrocyten und präkollagenen faserhaltigen Knöpfchen. Echte Faserknöpfchen und Hyalinisierung sind während der Versuchsdauer von 5 Monaten nicht entstanden, nach 5 Monaten in den Lungenarterien polsterförmige Intimaprolifiration mit fibrinoider Verquellung. Die bei der Berufserkrankung der Kieselgur-arbeiter beobachtete Silikose wurde mit reiner Kieselgur hier nicht reproduziert. — III. Quarzstaub hemmt einen Esteraseinhibitor in Versuchen mit Pankreatin Höchst in vitro. Dieser Effekt ist von allen bisher untersuchten Staubarten nur beim Quarz aufgetreten, nicht beim strukturgleichen Al PO_4 .

H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

Ernesto Cohn: Der Arzt in der Sozialversicherung Mexikos. Dtsch. med. Wschr. 1958, 982—984.

J. C. Lemaire: Pour réadapter un barème d'invalidité. [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, 9. XII. 1957.] Ann. Méd. lég. etc. 37, 370—372 (1957).

G. C. Chiarini: La valutazione del danno civile in odonto-stomatologia. (Contributo personale e nuovo criterio valutativo.) [Clin. Odontoiatr., Univ., Milano.] Med. leg. (Genova) 5, 148—160 (1957).

Ludwig Delius: Untersuchungen und Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit von Kreislaufkranken. [Gollwitzer-Meier-Inst. an der Univ. Münster, Bad Oeynhausen.] Med. Sachverständige 54, 73—81 (1958).

Reimund Asanger: Die „Verschlimmerung“ in der gesetzlichen Unfallversicherung. Med. Sachverständige 54, 49—51 (1958).

A. Böni: Die Eingliederungsmaßnahmen im Rahmen der Eidgenössischen Invalidenversicherung. [Univ.-Rheumaklin. u. Inst. f. Physikal. Ther., Zürich.] Schweiz. med. Wschr. 1958, 353—356.

Mario Migliore: Valutazione del danno respiratorio in medicina assicurativa. Osservazioni sulle prove funzionali respiratorie valutazione dimensionale cardio-aortica e rapporti cardiopolmonari colecistografia con mezzo di contrasto. [Ist. di Med. Leg. e Assicuraz. Soc., Univ., Napoli.] Folia Med. (Napoli) 41, 495—520 (1958).

Giuseppe Martini: Criteri diagnostici nella valutazione medico-legale della invalidità da sindromi psicopatologiche. [Ist. di Med. Leg. e delle Assicuraz., Univ., Napoli.] Folia med. (Napoli) 41, 58—64 (1958).

M. GÜLZOW und L. BRÜNING: Herzinfarkt als Unfallfolge. [Klin. f. Berufskrankh., Akad. f. Sozialhyg., Arbeitshyg. u. ärztl. Fortbildg., Berlin-Lichtenberg.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 1957, 1473—1479.

Verff. besprechen die Frage des Herzinfarktes als Unfallfolge im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung. Sie referieren die Literatur zur Pathogenese mit Betonung der dispositionellen Faktoren (familiäre Belastung, Lipoidstoffwechselstörung, Gerinnungsstörung) und der exogenen Faktoren (Nicotin, Fettverzehr, Stress) sowie die Vorverlegung coronarsklerotischer Veränderungen in das 3. und 4. Jahrzehnt. Auf die Kombination morphologischer und funktioneller Momente für die Infarktauslösung wird ohne Erwähnung der Arbeiten von C. S. BECK-Cleveland (Bedeutung der örtlichen relativen Hypoxämie des Herzmuskels für die Auslösung elektrischer Potentiale und Ströme, welche zum Herzflimmern führen) eingegangen. Zum Herzinfarkt als Unfallfolge betonen die Verff., daß unfallartige Ereignisse im allgemeinen keine ins Gewicht fallende Bedeutung für die Entstehung des Coronaranfalls haben. Trotzdem sei im Einzelfall unter breiter Erfassung der persönlichen und der familiären Vorgeschichte wie der Umstände zu prüfen, ob ein Ursachenzusammenhang vorliegt. Die Kernfrage der Begutachtung sei, ob der Unfall auf eine Coronarerkrankung richtunggebend verschlimmert wirkte, so daß die den Infarkt manifestierenden Vorgänge wesentlich gefördert wurden. — Verff. besprechen die wichtigsten derartigen Unfallfolgen. Die stumpfe Einwirkung auf den Brustkorb kann zur Commissio und Contusio cordis führen — wie die Praxis der unzähligen Verkehrsunfälle ohne isoliertes kardiales Syndrom beweist, ein äußerst seltenes Ereignis. Ein adäquates Trauma (herznaher kleinfächiger Angriff, stoßartig, eher bei jugendlich-elastischem Thorax) muß verlangt werden sowie eine Realisierung durch Sofortsyndrom (fehlt eventuell bei Contusio). Längste Frist nach Unfall: 4 Wochen; möglichst Brückensymptome feststellen. Als herzferne infarktauslösende Unfallfolgen sind möglich: heftige Schmerzen (Fingerklemmen), CO-Vergiftung (auch subtoxisch), elektrische Einwirkung, Hitzschlag, Gasembolie bei Tauchern. Weitaus wichtiger weil häufiger vorkommend und schwieriger zu beurteilen sind Ereignisse mit körperlicher Überanstrengung und emotioneller Belastung. Hier ist einmal die versicherungsrechtliche Würdigung des angeschuldigten Ereignisses (Verff. betonen die Wichtigkeit der „Betriebsüblichkeit“ einer Belastung) besonders sorgfältig durchzuführen, zum anderen ist wegen der statistisch erwiesenen Seltenheit dieses Ursachenzusammenhangs (MASTER, DACK u. JAFFE) besondere Kritik am Platze. Die Entscheidung zwischen den Merkmalen „richtunggebende Verschlimmung“ und „unerhebliche Teilursache“ ist wegen des Alles- oder Nichts-Prinzips in der sozialversicherungsrechtlichen Begutachtung besonders verantwortungsvoll und zugleich besonders schwierig. Auf die Merkmalzusammenstellung von HOCHREIN und die Richtlinien HALLERMANNS wird verwiesen. — In 5 von 43 Gutachtenfällen haben die Verff. einen Ursachenzusammenhang anerkannt und geben kurze Daten dazu. SCHROEDER (Hamburg)

J. Trillot, R. Loubet, F. Marmillon et G. Jambon: A propos des autopsies en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. (Zur Frage der Leichenöffnungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.) Ann. Méd. lég. etc. 38, 44—47 (1957).

Unter Wiedergabe der französischen gesetzlichen Vorschriften wird kritisiert, daß die (bei der gerichtlichen Obduktion gegebene) Möglichkeit, schon innerhalb von 24 Std postmortal zu sezieren, nicht auch in der Sozialversicherung besteht. Begründung an Hand einiger Beispiele.

SCHLEYER (Bonn)

A. J. Chaumont et J. J. Münsch: Durée moyenne de l'incapacité temporaire dans les lésions traumatiques par accident du travail. (Die mittlere Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach Verletzungen durch Arbeitsunfall.) [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, 18. X. 1957.] Ann. Méd. lég. etc. 37, 284—291 (1957).

Den statistischen Untersuchungen liegen die Beobachtungen an 4718 ambulanten und 9979 stationär behandelten Unfallverletzungen zugrunde. Die Unfälle ereigneten sich in großen Fabriken, kleinen und mittleren Betrieben und Gruben. Das Krankengut wurde nach diesen 3 Gruppen geordnet. Es wurden die Tage der Bettruhe, der ärztlichen Behandlung und der gesamten Arbeitsunfähigkeit registriert. Bei einzelnen Kategorien von Verletzungen wurde die mittlere Minderung der Erwerbsfähigkeit nach Wiederaufnahme der Arbeit angegeben. Interessenten finden die Einzelheiten im Original.

H. LEITHOFF (Freiburg i. Br.)

Gotthard Schiller: Über den Eintritt der Invalidität und die dazu führenden Krankheiten. Eine Teilermittlung zur Frage der sogenannten „Frühinvalidität“. [Abt. Gesundheitswesen, Poliklin. Stadthaus, Leipzig.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 1958, 65—70.

Statistische Aufstellung über insgesamt 1641 Untersuchungen zur Gewährung einer Invalidenrente. In 1489 Fällen wurde dem Rentengesuch stattgegeben. Trotz der geringen Zahl der Fälle (Verf. erwähnt selbst, daß in Leipzig allein 150000 Rentner leben) wird versucht allgemeine Ausführungen über den Eintritt der Invalidität zu machen. Bei Erörterung der Feststellung, daß in der Bundesrepublik nach den Statistiken die Invalidität der Männer durchschnittlich mit 53 Jahren, in der Leipziger Aufstellung aber mit 50 Jahren (weiblich 54 bzw. 48 Jahren) eintrat, wird außer auf versicherungsrechtliche Unterschiede darauf hingewiesen, daß man „nicht eine statistische Aufstellung auf Grund der Versicherungsmathematik mit den fortschrittlichen sozialen Errungenschaften der D.D.R. in Korrelation setzen könne“. Bei den Krankheitsursachen stehen die Herz- und Gefäßkrankheiten mit 45% an der Spitze. Es folgen Krankheiten der Knochen und Gelenke (11,9%) und Nervenkrankheiten (11,7%).

VOLBERT (Mettmann)

Giorgio Rajani: Assicurazione obbligatoria contro le malattie per gli artigiani. Riv. Infort. Mal. prof. 1958, 18—107.

Piero Maranzana: Contributo alla conoscenza della silicosi tra i lavoratori del cemento. Riv. Infort. Mal. prof. 1958, 161—184.

G. L. Simonnet: Reparation de la silicose professionnelle. Riv. Infort. Mal. prof. 1958, 5—17.

R. Foussereau, J. Foussereau et S. Foussereau: Les maladies professionnelles agricoles. [Soc. Méd. et Hyg. du Travail de Strasbourg, Sarrebourg, 12. X. 1957.] Arch. Mal. prof. 19, 286—291 (1958).

Umberto Albarosa: Contributo casistico, clinico e radiologico, alle lesioni pulmonari negli addetti alla lavorazione dello zolfo. [Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Messina.] [4. Congr., Accad. Internaz. di Med. leg. e Med. soc., Genova, Ottobre 1955.] Acta med. leg. (Liège) 10, 543—548 (1957).

M. Barni e L. Reale: La patologia professionale nell'industria ceramica indagine eseguita nei laboratori artigiani d'arte ceramica di Siena. (Die Berufskrankheiten in der keramischen Industrie. Eigene Beobachtungen im Raum von Siena.) [Ist. di Med. e Lavoro, Univ. Siena.] Folia med. (Napoli) 41, 1—15 (1958).

Dank entsprechender technischer Schutzeinrichtungen konnten bei eingehenden Untersuchungen in dem vorgenannten Industriezweig keine Silikose-Erkrankungen und auch keine Bleiintoxikationen festgestellt werden.

HANS-JOACHIM WAGNER (Mainz)

H. Groetschel und E. Trense: Tod eines Druckers an Asthma bronchiale nach Umgang mit Naßzerstäubemitteln. [Dienstst. d. Land.-Gewerbeärztl., Hess. Ministr. f. Arbeit, Wirtsch. u. Verkehr, Wiesbaden.] Arch. Gewerbeopath. Gewerbehyg. 16, 375—386 (1958).

Anlaß der Untersuchungen: Todesfall eines mit Naßzerstäubungsmitteln beschäftigten Druckers infolge Spontanpneumothorax nach Asthma bronchiale. Es konnten insgesamt 99 Lungenerkrankungen durch Naßzerstäuber zusammengestellt werden. Davon Asthma bronchiale 63; spastische Bronchitis 36. Die Erkenntnis, daß Gummi arabicum der sensibilisierende Faktor sei, nicht nur im Druckergewerbe — 10% der allergischen Hauterkrankungen im Konditorgewerbe seien auf Kontakt mit Gummi arabicum zurückzuführen — setzte sich allgemein durch. Es wird vorgeschlagen, zum Berufwechsel zwingendes Asthma („trotz der Gefahr, daß einmal ein Asthma durch die Berentung unheilbar wird“) in die Liste der geplanten 6. Berufskrankheitenverordnung aufzunehmen.

H. KLEIN (Heidelberg)

H. Gronemann: Gesetzliche Bestimmungen über Verhütung von Arbeitsunfällen in Italien. Zbl. Arbeitsmed. u. Arbeitsschutz 8, 143—145 (1958).

Pietro Didonna: L'aggiornamento della disciplina igienico-sanitaria del lavoro. Folia Med. (Napoli) 41, 425—442 (1958).

E. Bornemann: Psychologie in der Ausbildung von Betriebsführern. Psychol. Prax. 2, 123—130 (1958).

Thea Schreck: Arbeitsschutz im Handelsgewerbe. [Gewerbeaufsichtsamt, Wiesbaden.] Zbl. Arbeitsmed. u. Arbeitsschutz 8, 135—139 (1958).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

● **Werner Hardwig: Die Zurechnung. Ein Zentralproblem des Strafrechts.** (Hamburger Rechtsstudien. H 46. Hamburg: Cram, de Gruyter & Co. 1957. 247 S. DM 20.—.

Der Verf. versteht den Begriff der Zurechnung nicht nur in dem eingeschränkten Gebrauch des Begriffes der Zurechnungsfähigkeit, sondern untersucht, welches Geschehen zurechenbar ist, warum jemand etwas zugerechnet wird, ob es im Strafrecht nur ein oder mehrere Bezugssysteme der Zurechnung geben kann und in welcher Weise ein Geschehen einem Rechtssubjekt zugerechnet werden kann. Er gibt einen anregenden geschichtlichen Überblick, der von Aristoteles bis zu dem Streit um das Kausaldogma geht. Gerade hier finden sich bei der Behandlung der Kausalität auch für den Naturwissenschaftler zahlreiche hochinteressante Fragestellungen. Verf. glaubt, daß eine Abgrenzung der juristischen Kausalität von der naturwissenschaftlichen „mit aller wünschenswerten Klarheit möglich sei“. Er will den Begriff der Zurechnung an die Stelle des Kausaldogmas setzen. Im dogmatischen Teil wird eine Gruppierung der Delikte versucht und die Zurechnungsfähigkeit bei den Formen der Tätigkeits- und Unterlassungsdelikte näher erörtert. Im systematischen Teil, der die rechtstheoretische und philosophische Abhandlung abschließt, wird eine allgemeine Zurechnungslehre als Teil des strafrechtlichen Systems angestrebt und die dogmatische Bedeutung der Zurechnungslehre dargetan. Eine zum Teil eigenwillige, aber immer interessante und ideenreiche Darstellung eines auch den forensischen Mediziner interessierenden Problems.

HALLERMANN (Kiel)

● **Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie.** Hrsg. von VIKTOR E. FRANKL, VICTOR E. FREIHERRE V. GEBSATTEL u. J. H. SCHULTZ. Lfg 6. Bd. 4: Spezielle Psychotherapie und Neurosenprophylaxe. München u. Berlin: Urban & Schwarzenberg 1958. S. 321—468. DM 18.50.

In der Lieferung 6 des „Handbuchs der Neurosenlehre und Psychotherapie“ von FRANKL—v. GEBSATTEL—SCHULTZ gibt A. FRIEDEMANN (Schweiz) ein ausgezeichnetes Referat über die Gruppenpsychotherapie mit einer Einleitung über ihre psychologischen Grundlagen und einem Überblick über die verschiedenen Anwendungsgebiete. Jeder Mensch erlebt zuerst die Gruppe, in der sich vielschichtige Bezüge entwickeln, die eine ständige Auseinandersetzung verlangen. Jede Gruppe hat eine normierende Funktion, und in jeder Gruppe bestehen dynamische Beziehungen. In einem forensisch-medizinischen Soziogramm wird eine gute Übersicht einer jugendlichen Diebesbande gegeben. Die Gruppenpsychotherapie kann ganz verschiedene Möglichkeiten benutzen: von den alten Mysterien, von der Hypnose bis zu SIGMUND FREUD, über das autogene Training und die rhythmische Gymnastik bis zum heutigen sog. Psychodrama. Jede Gruppe folgt organischen Entwicklungsgesetzen, die auch in der Klinik wirksam sind. — A. FRIEDEMANN berichtet über gruppenpsychotherapeutische Erfahrungen mit den spontan wirkenden Faktoren in der Klinik, zeigt an der Patientengruppierung die Dynamik der klinischen Gruppenpsychotherapie und die Stellung des Psychotherapeuten. An praktischen Beispielen wird die Wirkung der Gruppentherapie sinnfällig aufgezeigt. — Mit gutem Einfühlungsvermögen und kritischem Verständnis schildert R. KRAEMER die Psychotherapie bei Psychosen. Eine souveräne Literaturbeherrschung ermöglicht ihm einen ungemein fesselnden Überblick über die historische Entwicklung und die heutige Situation in diesem Bereich. Es gibt drei Lager in der Psychiatrie: die einen verstehen z. B. die Schizophrenie als eine Somatose, die