

**Massimiliano Santini:** *Valutazione medico-legale nel cosiddetto carpe bossu.* (Die gerichtsmedizinische Bedeutung des sog. „carpe bossu“.) [Ist. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Univ., Bari.] [15. Congr. naz., Soc. ital. di Med. Leg. e Assicuraz., Torino, 9.—12. X. 1958.] *Minerva med.-leg.* (Torino) 80, 129—130 (1960).

**Walter Ermisch, Günther Haydn und Heinrich Wittgens:** *Lärmschäden und Lärmschutz. Erfahrungen bei 2415 Lärmarbeitern der Deutschen Bundesbahn.* *Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg.* 18, 120—158 (1960).

**T. Peters:** *Die Druckluftarbeiten beim Bau des Rheintunnels in Düsseldorf.* [Dienstst. d. Staatl. Gewerbeärztes, Düsseldorf.] *Zbl. Arbeitsmed.* 10, 158—161 (1960).

Vorläufiger Bericht über medizinische Erfahrungen beim Bau des 904 m langen, im Schildvortriebsverfahren, teils mit gußeisernen — teils mit Betontübbings gefertigten Rheintunnels in Düsseldorf im Jahre 1959. Der erforderliche Luftdruck schwankte während der Bauzeit zwischen 1,5 und 1,6 atü. Die Temperatur im Tunnel war mit 18° C weitgehend konstant. Die reine Druckluftarbeitszeit betrug 2mal 3 Std. Bei Erkältungskrankheiten, die die Hauptursache für Druckluftuntauglichkeit sind, haben sich Rotlichtbestrahlungen, Lichtbügel und Inhalationen bewährt. Caissonkranke wurden außer mit Rekompensation auch medikamentös mit durchblutungsfördernden, die Oxydation im Gewebe fördernden Mitteln und mit Mitteln behandelt, die den fermentativen Abbau der theoretisch angenommenen pathologisch angehäuften Stoffwechselprodukte begünstigen (nähere Ausführungen und Angaben werden in dieser vorläufigen Mitteilung hierzu nicht gemacht!). — Insgesamt wurden 713 Personen (400 Besucher und 313 Arbeiter) untersucht. Hiervon waren 54 bzw. 18 untauglich. Bei 53 Personen von insgesamt 598 Eingeschleusten traten Druckluftbeschwerden teils wiederholt auf, jedoch nur bei Aufenthalt von mehr als einer Stunde unter Druckluft und erst bei 1,3 atü. Angaben über Lokalisation und Häufigkeit der geklagten Beschwerden. Nach den bisherigen Untersuchungsergebnissen ist die Aufnahme und Abgabe von Stickstoff im Körper außer von der Druckhöhe auch von der Dauer der Druckeinwirkung, der Durchblutung der verschiedenen Gewebe und deren Stickstofflösungsvermögen abhängig. Hierzu Diagramme. E. STICHNOTH (Darmstadt)

**L. Mallet, M. Tendron, et Y. Plessis:** *Recherches des hydrocarbures cancérigènes (type benzo 3—4 pyrène) dans les eaux et dépôts marins des estuaires et leurs incidences biologiques.* (Untersuchungen über krebserregenden Kohlenwasserstoff [Benzo 3—4 pyrene] im Wasser der Lagunen des Wattmeeres und deren biologische Bedeutung.) [Soc. Méd. lég. et Criminol. de France, 8. II. 1960.] *Ann. Méd. lég.* 40, 168—171 (1960).

Es wurden Untersuchungen des Gehaltes an cancerogenem Kohlenwasserstoff in der Seinebucht im Wattmeer von Orne ausgeführt. Die Verunreinigungen stammen von Tankern, die Petroleum beim Reinigen ihrer Tanks ins Meer ablassen. Dadurch besteht die Möglichkeit des Eindringens von cancerogenem Kohlenwasserstoff in die Tier- und Pflanzenwelt im Bereich der Flußmündungen und des Wattmeeres. So konnten z.B. in Austern derartige Stoffe gefunden werden. Verf. warnen vor den Gefahren, die durch die Aufnahme und dauernde Speicherung von Teerprodukten in Fischen, Schalentieren und Molusken entstehen und fordern eine chemische Kontrolle der Austernbänke und Fischgewässer. MARESCH (Graz)

**N. Mongelli-Sciannameo:** *Sulla intossicazione da derivati alogenati degli idrocarburi alifatici nella patologia del lavoratore agricolo ricerche sperimentali sulla intossicazione da tetracloruro di carbonio: Variazioni del contenuto in acido piruvico di omogenati d'organo.* (Fegato, rene, polmone, cervello, cuore, muscolo striato.) [Ist. di Clin. Med. Gen. e Ter. Med., Univ., Ferrara.] *Folia med.* (Napoli) 43, 531—567 (1960).

## Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

● **K. P. Kisker:** *Der Erlebniswandel des Schizophrenen. Ein psychopathologischer Beitrag zur Psychonomie schizophrener Grundsituationen.* Mit einem Geleitwort von W. v. BAYER. (Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neurologie u. Psychiatrie. Hrsg. von

M. MÜLLER, H. SPATZ u. P. VOGEL. H. 89.) Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960. VI, 140 S. u. 9 Abb. DM 29.80.

● **Progress in neurobiology.** Vol. 3: Psychopharmacology. Pharmacological effects on behaviour. Edit. by HARRY H. PENNES. London: Cassell & Co. 1958. 362 S., 35 Abb. u. 49 Taf. sh 60.—.

● **Karl-Hermann Wewetzer: Das hirngeschädigte Kind.** Psychologie und Diagnostik. Eine experimentelle Untersuchung. Stuttgart: Georg Thieme 1959. VIII, 117 S. u. 9 Abb. DM 19.80.

Die gestaltpsychologisch ausgerichtete Monographie gilt der Frage nach strukturellen Unterschieden zwischen hirngesunden schwachbegabten und hirnkranke Kindern. Es wurden vergleichende Testuntersuchungen (Gestalttest von BENDER, Würfel-Mosaiktest nach KOHS und GOLDSTEIN, Marble-Boardtest von WERNER und STRAUSS usw.) an 42 hirntraumatischen, tumor-kranken, postencephalitischen, epileptischen und andersartig hirnkranke Kindern sowie an einer Kontrollgruppe von gleichaltrigen Kindern gleicher Intelligenzhöhe (IQ nach BINET-NORDEN) durchgeführt. Bei der faktorenanalytischen Auswertung der Resultate zeigte sich, daß die hirngesunden Schwachbegabten im allgemeinen harmonischer arbeiteten und im ganzen bessere sensomotorische Leistungen boten. Die Hirnkranke konnten getrennte Bruchstücke schlechter zusammenfassen, vermochten Figuren schlecht zu reproduzieren und hatten Schwierigkeiten, die Beziehungen von Teilgestalten untereinander zu erfassen. Es handelt sich dabei nicht um isolierte Ausfälle. Der organische Hirnschaden bewirkt vielmehr eine alles psychische Geschehen erfassende strukturelle Störung, die jedem einzelnen Akt im Leistungsvollzug ihren besonderen Akzent gibt. — Die Arbeit vermittelt wichtige theoretische Einsichten und gibt praktische Anregungen für alle Ärzte, Psychologen und Pädagogen, die hirnkranke Kinder zu behandeln, beurteilen und erziehen haben. Ein dankbar zu vermerkender allgemeinerer Wert dieser Monographie besteht darin, daß nun — nach Jahrzehnten — die großen Möglichkeiten experimenteller gestaltpsychologischer Ansätze wieder ergriffen worden sind und in unserem Sprachgebiet ein wichtiger Forschungszweig wieder aufgelebt ist. BSCHOR (Berlin)

● **Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis.** Hrsg. von H. W. GRUHLE†, R. JUNG, W. MAYER-GROSS, M. MÜLLER. Bd. 2: Klinische Psychiatrie bearb. von CL. E. BENDA, H. BINDER, K. CONRAD u. a. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960. VIII, 1229 S. u. 146 Ab. Geb. DM 120.—; Subskriptionspreis DM 96.—.

**Hans Binder: Die psychopathischen Dauerzustände und die abnormen seelischen Reaktionen und Entwicklungen.** S. 180—202.

Auf wenigen Seiten hat der Verf. den Versuch unternommen, die Grundbegriffe eines großen Gebietes zu gliedern. Es ist ihm überzeugend gelungen, dieses heute so viel diskutierte Stoffgebiet in eine der diagnostischen Differenzierung nützliche Form zu bringen. Wir sehen einen großen Vorteil darin, daß ganz bewußt auf die Wiedergabe der noch jüngst inaugurierten verschiedenen Einteilungssysteme verzichtet wird. Statt dessen sind die hauptsächlichsten Einteilungen systematisch aufgebaut und miteinander kombiniert worden. Die leitenden Gesichtspunkte werden der genetischen Betrachtungsweise entnommen. — Der Beitrag BINDERS beginnt mit der Darstellung der „funktionellen Abnormitäten“. Dieser Sammelbegriff umfaßt praktisch alles, was hier interessiert und schließt organische Affektionen aus. Die Bezeichnung Abnormalität soll den Unterschied gegenüber den eigentlichen — auch funktionellen — Krankheiten herausstellen. Gemeint sind also quantitative funktionelle Abweichungen, extreme Varianten menschlichen Daseins. Der gemeinsame Grundcharakter aller funktionellen Abnormitäten ist eine Desintegration. Diese kann in der Schicht der somatischen oder der psychischen Lebensfunktionen ausgebildet sein. Im Sinne von psychosomatischen Wechselwirkungen kann einmal die eine Schicht, einmal die andere in Führung liegen. — Bei den somatischen Abnormitäten werden die endokrinen und vegetativen unterschieden (Endokrinopathie, Neuropathie). Ist die funktionelle Unausgeglichenheit der vegetativen Zentren vorwiegend durch spätere Einflüsse hervorgerufen, wird von Neurasthenie gesprochen. — Liegt das lenkende Schwergewicht der Desintegration in der seelischen Sphäre, wird eine psychische Abnormalität angenommen, wobei intellektuell und affektiv bedingte Integrationsstörungen unterschieden werden. Besonderer Wert wird auf die Darstellung der affektiven Abnormalitäten gelegt, bei denen nach ihrer Anlage — und Umweltbedingtheit gefragt wird. Neben seelischen Anlagen mit gestörter Integration gibt es auch solche,

bei denen nur eine Gefährdung zur Desintegration vorhanden ist: Gefährdungsstrukturen oder die sog. diskordanten Normalen. Umwelteinflüsse können bei bestimmten Bereitschaften oder in Abhängigkeit von ihrer Stärke psychotraumatisch wirken. — Entsprechend dem verschiedenartigen Gewichtsverhältnis von Anlage und Umwelt an der Entstehung einer seelischen Desintegration wird eine Aufteilung in Psychopathien (vorwiegend anlagebedingt) und Psychogenien (vorwiegend umweltbedingt) vorgenommen. — Die Psychopathien werden in verschiedene Erscheinungsformen gegliedert. Die psychopathischen Dauerzustände werden von den abnormen seelischen Reaktionen und Entwicklungen unterschieden. Ihnen ist ein statischer Charakter eigen, wobei jedoch „die dynamische Natur des Seelischen“ nicht verkannt wird. Die abnorme seelische Reaktion ist die Antwort auf eine akute psychotraumatische Schädigung von der Umwelt her. Schwerer überwindbar sind die abnormen seelischen Entwicklungen, die unter dem Drucke chronischer Milieuschädigungen zu ungünstigen Strukturveränderungen führen. — In übersichtlicher Folgerichtigkeit baut Verf. aus diesen affektiven Abnormitäten drei verschiedene Formen von abnormen Entwicklungen auf, von denen jede sowohl dem psychopathischen als auch dem psychogenen Entwicklungstyp entsprechen kann: 1. einfache Entwicklungen; 2. solche mit Komplexverselbständigung (neurotische Entwicklungen); 3. solche mit Wahnbildung (paranoische Entwicklungen). — Eine besondere Besprechung erfährt die hysterische Einstellung, womit eine Verhaltensweise gemeint ist, die grundsätzlich jedem menschlichen Wesen zur Verfügung steht und durch eine quantitativ übermäßige Ausprägung abnorm wird. — Ausführungen über das „Prinzip der typologischen Gliederung“ sowie der „genetischen und symptomatologischen Gruppierung“ runden diesen gerade für den gerichtsmedizinischen Gutachter wichtigen Beitrag zur „Psychiatrie der Gegenwart“ ab. Interessant und wichtig (um Mißverständnissen vorzubeugen) sind die im Kapitel 11 dargestellten „Gliederungsversuche in der angelsächsischen und französischen Literatur“.

GERCHOW (Kiel)

● **Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis.** Hrsg. von H. W. GRUHLE†, R. JUNG, W. MAYER-GROSS, M. MÜLLER. Bd. 2: Klinische Psychiatrie bearb. von CL. E. BENDA, H. BINDER, K. CONRAD u.a. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960. VIII, 1229 S. u. 146 Abb. Geb. DM 120.—; Subskriptionspreis DM 96.—.

**Hanns Ruffin: Das Altern und die Psychiatrie des Seniums.** S. 1088—1160.

Verf. sieht die medizinisch-ärztliche Fragestellung im Mittelpunkt seiner Betrachtungen. Er spricht nicht von Alterskrankheiten, sondern möchte zunächst eher eine Psychopathologie des Greisenalters geben. Die Psychiatrie des Seniums setzt die Kenntnisse der psychischen und somatischen Altersvorgänge und -befunde voraus. Unser Wissen über das psychische Altern ist lückenhaft. Die kritische Betrachtung der Literatur läßt mehr Fragen offen als beantwortet werden können. Im speziellen Teil versucht der Verf., die mnestischen Leistungen, Intelligenz, Persönlichkeit, Begabung und Charakterstrukturen, Schicksal und Freiheit, Reifung und Anpassung im Prozeß des psychischen Alterns darzustellen. Aktive Lebensbewältigung ist eine Voraussetzung von echtem Altersschaffen. Die Versagensbilder beim alternenden und alten Menschen können mit Körperkrankheiten zusammenhängen, aber auch durch äußere Lebensbedingungen, durch Störungen, die den inneren Lebensraum betreffen, und durch abnorme Charakterentwicklungen bedingt sein. Die Psychiatrie des Seniums umfaßt Darstellungen der Abhängigkeit von pathophysiologischen und involutiven Befunden zu den Geisteskrankheiten. Mit dem Versuch einer Einteilung der Alterspsychosen schließt die interessante, gut aufgeteilte und inhaltsreiche Arbeit.

HALLERMANN (Kiel)

● **Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis.** Hrsg. von H. W. GRUHLE†, R. JUNG, W. MAYER-GROSS, M. MÜLLER. Bd. 2: Klinische Psychiatrie bearb. von CL. E. BENDA, H. BINDER, K. CONRAD u.a. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960. VIII, 1229 S. u. 146 Abb. Geb. DM 120.—; Subskriptionspreis DM 96.—.

**Clemens Faust: Die psychischen Störungen nach Hirntraumen: akute traumatische Psychosen und psychische Spätfolgen nach Hirnverletzungen.** S. 552—645.

Ein 22 Seiten umfassendes Verzeichnis der in- und ausländischen Literatur weist bereits auf das eingehende Studium hin, das der umfassenden Arbeit zugrunde liegt. Die Themenstellung ist zwar nicht neu, die Ergebnisse weichen auch kaum einmal von den Erkenntnissen anderer Forscher auf diesem Gebiete ab. Der Wert der Veröffentlichung liegt aber in einer sehr klaren, sehr übersichtlichen, durch Fallschilderungen belebten Zusammenstellung des derzeitigen Forschungsstandes auf diesem Gebiete. Nicht möglich ist es, in Einzelheiten die Fülle des Dar-

gebotenen zu referieren, es muß eingehendem Studium des Interessenten vorbehalten bleiben. Besonderen Wert legt der Verf. zunächst auf die Feststellung, daß das Trauma schlechthin kein bestimmtes klinisches Zustandsbild auslöse, sondern daß bestimmte Traumata ihnen zugehörige Folgezustände hinterlassen, weshalb er neben der Kenntnis der prätraumatischen Persönlichkeit großen Wert auf die Aufklärung der unmittelbaren Verletzungsfolgen legt. Im ersten Kapitel werden die akuten psychischen Störungen nach Hirntraumen eingehend beschrieben. Der Verf. unterscheidet flüchtige Bewußtseinsstörungen und solche der affektiven und vegetativen Steuerung von flüchtigen Herderscheinungen mit höheren Störungen des Wahrnehmens, Erkennens, des Sprechens und Handelns. Ein großer Raum gilt den akuten traumatischen Psychosen. Erscheinungs- und Verlaufsformen der akuten Ödempsychose werden beschrieben, dabei die somatischen Befunde besonders herausgestellt, um ein besseres Verständnis für die pathogenetischen Zusammenhänge zu ermöglichen. In einem eigenen Kapitel werden dann die sekundären psychotischen Krankheitsbilder (bei z.B. Meningo-Encephalitis, bei progressivem Hirndruck durch sub- und epidurales Hämatom sowie durch cerebrale Fettembolien) von den akuten primären Psychosen differentialdiagnostisch abgegrenzt. Ein weiterer Abschnitt widmet sich den psychogenen Reaktionen nach Schädel-Hirn-Traumen und Detonationsschäden (psychogene Dämmerzustände, neurotische Entwicklungen usw.). Der letzte große Abschnitt ist den Spätfolgen nach Hirntraumen gewidmet, die gerade auch für die forensische Begutachtung so wesentlich sind. Die Hirnleistungsschwäche wird ebenso gewürdigt wie die organischen Charakterveränderungen. Die epileptischen psychischen Veränderungen werden nur gestreift, da sie einer eigenen Bearbeitung vorbehalten bleiben sollen. Auf die Schwierigkeiten, die sich der Diagnostik gerade auf diesem Gebiete entgegenstellen, wird hingewiesen. Keine Erwähnung finden sie später auftretenden Entschädigungs- und Rentenneurosen nach Kopftraumen ohne cerebrale Dauerfolgen.

GUMBEL (Kaiserslautern)

● **H. Völkel: Neurotische Depression.** Ein Beitrag zur Psychopathologie und Klinik. Mit einem Geleitwort von G.E. STÖRRING. (Sammlg. psychiatr. u. neurolog. Einzeldarstellungen. Hrsg. von K. KONRAD, W. SCHEID u. H. J. WEITBRECHT.) Stuttgart: Georg Thieme 1959. VII u. 116 S. DM 16.—

Man kann dem Geleitwort von Prof. STÖRRING durchaus beipflichten, daß diese umfangreiche Arbeit einen begrüßenswerten Versuch darstellt, die Probleme der neurotisch-depressiven Verstimmungen im Lichte einer wohlbegründeten dynamischen Gefühlspsychologie zu diskutieren. Der therapeutischen Praxis und dem sachverständigen Gutachter werden neue Wege gewiesen. Im Mittelpunkt steht die diagnostische Abgrenzung gegenüber endogenen Depressionen und depressiven Reaktionen. Als Grundlage dienen gut interpretierte Schilderungen von Krankheitsentwicklungen. — Alle in dieser Arbeit geschilderten Zustandsbilder fallen unter den Begriff der reaktiven Depression im weiteren Sinne, sind damit jedoch unzureichend charakterisiert und werden deshalb dem Begriff der neurotischen Depression zugeordnet. Kennzeichnend hierfür sind pathogenetisch und pathoplastisch wirksame Einflüsse, die nicht klar überschaubar sind und unter Umständen viele Jahre zurückliegen (eventuell Einwirkungen der ersten Lebensjahre, wo die Wechselbeziehungen zur Umwelt die Anwendung des Begriffes „Motivation“ kaum erlauben). Die neurotischen Depressiven übersehen die Ursachen ihres „Kummers“ deshalb mangelhaft oder gar nicht. Entsprechend der hier gewählten begrifflichen Deutung wird eine eigene Definition der Neurose inauguriert: „Unter Neurosen werden seelische oder körperliche bzw. seelisch-körperliche Leidenszustände verstanden, deren Pathogenese, die in zeitlicher Tiefengliederung bis in die frühe Kindheit reichen kann, ihre wesentlichen Determinanten aus Erlebnissen erhält, die dem Leidenden nicht oder nur mangelhaft einsichtig sind, zumindest aber von ihm nicht in ihrem genetischen Zusammenhang mit dem aktuellen Leidenszustand übersehen werden können.“ Auch das „seelische Klima“ während der ersten Lebensjahre kann insofern „Erlebnis“ sein. — Das zentrale Symptom ist die traurige Verstimmung, eine Erkrankung, die als eine psychologisch auflösbare Entwicklung betrachtet wird. Die Pathogenese wird vor allem unter dem Blickwinkel der Wirkung von Verlust und Bedrohung gesehen. Da sich Divergenzen zwischen Lebensentwurf und Wirklichkeit gerade um die Zeit der Lebensmitte ergeben, treten hier neurotische Depressionen besonders häufig auf. Pathogenetisch kann auch das Klimakterium eine Rolle spielen, indem es bei vorhandenem latentem Konfliktmaterial zu einer massiven Dekompensation Anlaß gibt. — In differentialdiagnostischer Hinsicht ist zu beachten, daß die Analyse des klinischen Querschnittsbildes keine befriedigende Klarstellung erbringen wird. Wesentlich ist die Längsschnittanalyse. Ein besonderer Konstitutionstyp ist nicht festgestellt worden.

GERCHOW (Kiel)

● **Neurosenprobleme in Klinik und Experiment.** Ausgewählte Vorträge aus dem Fortbildungslehrgang über Neurosen vom 25. bis 28. Juni 1958. Lehrgangsleiter: D. MÜLLER-HEGEMANN. (Schriftenr. d. ärztl. Fortbildung. Hrsg. von H. REDERZKY u. H. THIELE 9.) Berlin: Verlag Volk u. Gesundheit 1959. 157 S., 9 Abb. u. 1 Tab. DM 13.—.

W. CULLEN, der Begründer des Begriffes Neurose, faßte ihn als Nervenkrankheit ohne erkennbare Veränderung der Nervensubstanz. Inzwischen ist die Literatur, die sich mit diesem Gebiet befaßt, unüberschaubar geworden. In einem Fortbildungslehrgang wurden daher aus sämtlichen Fachgebieten der Medizin die neurotischen Krankheitsbilder zusammengetragen. Die Schrift kann keinen Anspruch darauf erheben, zu diesem Gebiet neue Gedanken hinzug tragen zu haben, doch stellt sie eine Zusammenfassung des Gesamtgebietes dar. Es ist jedoch bemerkenswert, daß die verschiedenen Autoren, die zu Wort kommen, sämtlich den verschiedenen Neurosen einen Krankheitswert zuerkennen, eine Anschauung, die von Gutachtern nicht einhellig vertreten wird.  
GREINER (Duisburg)

● **Kurt Schneider: Psychiatrie heute.** Eine Rede mit einer Anmerkung. 3. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme 1960. 37 S. DM 3.80.

Im Rahmen seiner Rektoratsrede bespricht der bekannte Heidelberger Psychiater in allgemein verständlicher Form in abgewogener und klarer Sprache die Einteilung der seelischen Störungen. Er grenzt voneinander ab die Seelisch-Abnormen, die organisch bedingten Gehirnkrankheiten und die endogenen Psychosen. — In einer Anmerkung, die für die vorliegende 3. Auflage neu gefaßt worden ist, setzt Verf. sich mit den Möglichkeiten auseinander, endogene Psychosen psychotherapeutisch zu beeinflussen. Bei der Auswertung der Ergebnisse verlangt er Kritik, die Diagnose müsse feststehen, und man müsse auch daran denken, daß es spontane Remissionen gibt.  
B. MUELLER (Heidelberg)

Thomas A. Flannery: **Meeting the insanity defense.** J. crim. Law Pol. Sci. 51, 309—316 (1960).

M. Mosinger et H. Fiorentini: **Le problème de l'objectivation des troubles subjectifs dans le syndrome post-traumatique crânien: point de vue médico-légal.** (Das Problem der Objektivierung der subjektiven Bewußtseinsstörung bei dem posttraumatischen Syndrom aus gerichtsmedizinischer Sicht.) [Soc. Psychiat. de Marseille et du Sud-Est méditerr., 11. V. 1960.] Ann. méd.-psychol. 118, 351 (1960).

Es werden folgende Voraussetzungen für notwendig gehalten, um die subjektiven Beschwerden der Bewußtseinsstörung zu objektivieren: 1. Die Notwendigkeit einer vorausgegangenen erheblichen Gewalteinwirkung und 2. die Durchführung eingehender Untersuchungen (Röntgen des Schädels, Elektrencephalographie, Exploration mit neurologischer und klinisch-chemischer Untersuchung sowie Testuntersuchungen bezüglich der psycho-technischen Leistung als auch des psychischen Verhaltens) (Persönlichkeitstest). Die subjektiven Angaben seien unter keinen Umständen geeignet, eine postkommotionelle Bewußtseinsstörung anzunehmen.

PETERSOHN (Mainz)

F. Broser und J. Gerlach: **Differentialdiagnostische Erwägungen bei Bewußtseinsstörungen.** [Univ.-Nervenklin. u. Chir. Univ.-Klin., Würzburg.] Neue Z. ärztl. Fortbild., N. F. 3, 615—624 (1960).

Zusammengefaßte für den klinisch tätigen Arzt wertvolle Darstellung der Bewußtseinsstörungen im Sinne der Bewußtlosigkeit und ihrer Ursachen, unter denen traumatische Hirn-schädigungen (epidurale, subdurale, subarachnoideale, intracerebrale und intraventrikuläre Blutungen), die Commotio cerebri, organische Hirnprozesse (Tumoren, Entzündungen, Embolien, Apoplexie), Stoffwechselentgleisungen (Coma diabeticum, uraemicum, hepaticum und hypoglykämischer Schock) sowie Intoxikationen (CO, Schlafmittel, Opiumalkaloide, Alkohol, Atropin, Strychnin, E 605, Thallium, Arsen und Quecksilber) erwähnt werden. — Die in der Gerichtsmedizin interessierende Luft- und Fettembolie werden nicht genannt — Ref. — Die Symptomatik wird hinlänglich beschrieben.  
MALLACH (Berlin)

Valerie Cowie, Alec Coppen and Patricia Norman: **Nuclear sex and body-build in schizophrenia.** (Kerngeschlecht und Körperbau bei Schizophrenie.) [Maudsley Hosp.

and Dept. of Clin. Path., King's Coll. Hosp., London.] Brit. med. J. 1960 II, 431—433.

Bei je 100 weiblichen und männlichen Kranken wurde das Kerngeschlecht im Blut und am Wangenabstrich bestimmt. Es wurden keine Abweichungen vom somatischen Geschlecht gefunden, auch nicht bei solchen Kranken, die den nach REY und COPPEN (Brit. med. J. 1959, 1445) für Schizophrenie „typischen erniedrigten Androgynie-Index“ aufwiesen.

SCHLEYER (Bonn)

**G. Pardera: Le psicosi in gravidanza.** (Über Schwangerschaftspsychosen.) [Clin. Mal. Nerv. e Ment., Univ., Pisa.] Riv. Neurobiol. 6, 186—209 (1960).

Verf. gibt einen Überblick über ätiologische und pathogenetische Grundlagen von Schwangerschaftspsychosen, einschließlich klinischer Beobachtungen. An Hand einiger beobachteter Fälle kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß die Schwangerschaft als psychogenetischer Faktor sowohl auslösend als auch mildernd im Einzelfalle angesehen werden müsse. — Bei der Beurteilung müsse man die Schwangerschaftspsychose von der Kindbettpsychose unterscheiden. Während die erstere hauptsächlich Symptome aus dem manisch-depressiven Formenkreis zeige, biete die letztere fast ausschließlich Verwirrheitszustände. Lediglich zur Zeit der Niederkunft könne auch bei der Schwangerschaftspsychose das Verwirrheitsmoment vorherrschen. GREINER (Duisburg)

**L. Cotte et A. Marin: Diagnostic médico-légal de l'épilepsie traumatique.** (Medizinisch-rechtliche Beurteilung der traumatischen Epilepsie.) Ann. Méd. lég. 40, 5—16 (1960).

Es handelt sich um eine Besprechung der gutachtlichen Beurteilung der auf geschlossene Schädel-Hirntraumen zurückzuführenden Anfallsleiden, wobei in einem ersten Abschnitt das klinische Erfahrungsgut und in einem zweiten die versicherungs- und zivilrechtlich bedeutsamen Fragen der Kausalität und der Erwerbsminderung erörtert werden. — Die Angaben über die prozentuale Häufigkeit der Epilepsie nach geschlossenen Schädeltraumen schwanken zwischen 3 und 13%. Neben Art, Schwere und Lokalisation der traumatischen Einwirkung spielt die durch Veranlagung und evtl. andere Hirnschädigungen vorgegebene Disposition zu Anfallsleiden eine Rolle. Die Vielfalt der möglichen ätiologischen Faktoren erschwert die sichere Kausalbeurteilung außerordentlich. Der Wert der Arteriographie und Pneumencephalographie ist in diesem Zusammenhang sehr begrenzt. Das EEG hilft zwar öfters weiter, hat aber größere Bedeutung für die prognostische als für die differentialdiagnostische Beurteilung. Manchmal gibt die Beachtung des Anfallscharakters weiteren Aufschluß. Die typische idiopathische Petit mal ist nie traumatisch bedingt. Bei den seltenen fokalen traumatischen Anfällen, deren Pathophysiologie auch als geklärt anzusehen ist, ist die Beurteilung der Kausalverhältnisse einfach. Meist sind die Anfälle aber generalisiert und nach ihrem Ablauf von nichttraumatischen epileptischen Anfällen nicht zu unterscheiden. Als zweifelhaftes pathophysiologisches Substrat wird hier an eine subcorticale traumatische Schädigung, vielleicht auch nur im Sinne einer zusätzlichen Noxe gedacht, die bei entsprechender Prädisposition das Anfallsleiden auslöst. Ganz ungenügend zur Annahme einer traumatischen Verursachung ist aber jedenfalls die alleinige Feststellung, daß vor dem ersten Anfall irgendwann einmal ein Trauma vorlag. Eine gewissenhafte Prüfung aller Gesichtspunkte ist nötig, wobei eine genügende Schwere der traumatischen Schädigung gefordert, die gesamte posttraumatische klinische Entwicklung besonders beachtet werden muß und das Zeitintervall zwischen Trauma und Manifestation des Anfallsleidens nicht zu groß sein darf. — Der Schadensersatzanspruch richtet sich bei Arbeitsunfällen nach der praktischen Erwerbsminderung, bei den Militärpensionen nach der Frequenz der Anfälle, und im allgemeinen Recht müssen neben der Einschränkung der Erwerbsfähigkeit auch die sonstigen Einbußen im familiären und sozialen Leben bewertet werden.

WITTER (Homburg, Saar)<sup>oo</sup>

**W. Klages: Erkrankungen des Zwischenhirns.** [Psychiat. Klin., Med. Akad., Düsseldorf u. Rhein. Landesheilanst. u. Nervenklin., Düsseldorf-Grafenberg.] Med. Klin. 55, 1738—1740 (1960).

Es handelt sich um ein lesenswertes Übersichtsreferat mit sorgfältiger Zitierung des einschlägigen Schrifttums. Aus dem Inhalt sei hervorgehoben, daß eine vorangegangene Hirnentzündung häufiger den Hypothalamus und ein vorangegangenes Trauma häufiger den Thalamus beeinträchtigt. Die Symptome bei einer Schädigung des Hypothalamus bestehen auf sexuellem Gebiet in starken Potenzschwankungen, manchmal tritt ein periodischer Diabetes insipidus auf, Heißhungeranfälle mit Appetenzwechsel kommen vor, auf analem Gebiet werden nicht selten frustane Darmkrisen beobachtet. Hinweis auf die Störungen der Temperamente. Wir kennen

auf der einen Seite die Enthemmung bei postencephalitischen Kindern, auf der anderen Seite die schwere Hemmung bei Parkinson-Kranken. Bei der klinischen Beobachtung lassen sich sog. Zwischenhirnbelastungsproben trotz Bedenken von internistischer Seite noch nicht vermeiden (Adrenalinprobe, Insulinprobe, Traubenzuckerbelastung, Wasser- und Durstversuch, Schellong-sche Kreislaufbelastung). Als psychische Symptome bei einer Störung des Thalamus wird insbesondere die Störung des Körperschemas geschildert. Die Patienten haben z.B. das Gefühl, daß sich ihr Kopf vergrößere oder verkleinere, daß ihr Körper zusammenschrumpfe usw. Diese Zustandsveränderung wird als besonders quälend empfunden und so real erlebt, daß Patienten, die z.B. das Gefühl eines ballonförmig aufgetriebenen Kopfes haben, ganz genau durch die Türmitte gehen. Neben einer Vergrößerung eines Körperteiles kommt auch das Gefühl einer Verkleinerung eines Körperteiles vor. Manchmal betrifft die Verkleinerung nur eine Körperhälfte, doch ist dies durchaus nicht immer so. Auf psychotischem Gebiet sind optisch-taktile Halluzinationen und Depersonalisationserscheinungen beschrieben worden. — Es wird wichtig sein, daß der Gerichtsarzt der Praxis bei der Erhebung von Anamnesen auch diese Erscheinungen berücksichtigt; entsteht Verdacht auf eine Erkrankung des Thalamus oder auch Hypothalamus so wird eine klinische Beobachtung erforderlich werden. (Ref.) B. MUELLER (Heidelberg)

**Curt Weinschenk: Über die Struktur des erworbenen Schwachsinn. Psychol. Beitr. 4, 624—644 (1960).**

Verf. weist, gestützt auf Beispiele und Erkenntnisse medizinischer bzw. psychologischer Experten der Vergangenheit, auf den grundlegenden Unterschied hin, der zwischen der Struktur des erworbenen (also alle Formen der Demenz) und der des angeborenen Schwachsinn (Debilität, Imbezilität, Idiotie) besteht — eine wissenschaftlich sicherlich lohnende Auseinandersetzung, die jedoch für die Praxis von untergeordneter Bedeutung bleiben dürfte. SACHSE (Mainz)

**Siegfried Behn: Die Urteilskraft der Minderbegabten. Psychol. Beitr. 4, 422—432 (1960).**

Es handelt sich um einen Beitrag zum Überschriftenthema in einem für den Verf. typischen, sehr eigenwilligen und aphoristischen Stil, der aber keine neuen Gesichtspunkte bringt, den Leser allerdings nicht selten zum Schmunzeln auffordert. SACHSE (Mainz)

**M. Bleuler: Die Intelligenzprüfung durch den Arzt. [Psychiat. Univ.-Klin. Burg-hölzli, Zürich.] Dtsch. med. Wschr. 85, 1325—1329 (1960).**

Eingangs weist der Verf. auf die Schwierigkeiten hin, welche eine Intelligenzprüfung bereiten kann. Er sieht sie einmal in der emotionellen Geladenheit des Probanden (Affektstupor der Kinder, Examensstupor, Trotz, Verärgerung, Feindseligkeit oder Verminderung der Selbstkritik usw.), welche zu falschen Ergebnissen führen kann. Die zweite Schwierigkeit liege in der Mannigfaltigkeit der Intelligenz. Hier könne man zu Fehlergebnissen gelangen, wenn man zu einseitig prüfe. Die dritte Schwierigkeit sieht der Verf. in der Abgrenzung der sog. angeborenen Intelligenz, von dem, was im Leben dazugelernt worden sei. Es sei nicht leicht zu übersehen, welche Intelligenzfragen der Erfahrung beispielsweise altersangepaßt seien. Oftmals werde der Arzt nicht unerheblicher Kritik ausgesetzt, was aber nicht davon abhalten dürfe, sich weiterhin diesem Problem zu widmen. Eindringlich warnt der Verf. davor, zu einseitig vorzugehen. Die Zustandsüberprüfung bei der Untersuchung müsse der Lebensbewährung gegenübergestellt werden, wobei bei etwaigen Diskrepanzen zwischen der aktuellen intellektuellen Leistungsfähigkeit und der Lebensbewährung bei der Beurteilung letzterer der Vorzug zu geben sei. Verf. führt bei seinen weiteren Ausführungen ein Schema an, das sich nach seinen Erfahrungen am besten bewährt hat. Er geht in drei größeren Gruppen so vor, daß er zunächst die aktuelle intellektuelle Leistungsfähigkeit durch einen Vergleich des Schulwissens mit der Schulbildung, durch Prüfung abstrakter denkerischer Leistungen und durch Prüfung aktueller Kenntnisse, die man im Leben dauernd braucht, zu erfassen versucht. Die Prüfung der Lebensbewährung nimmt er an Hand der Schul- und Berufserfolge sowie der Stellung innerhalb der Familie vor. Den persönlichen Eindruck überprüft er an Hand der Sprachgewandtheit, der Mimik und anderer Ausdrucksformen des emotionellen Lebens, der Körpermotorik und des Körperbaues. Erweiterte Ausführungen hierzu müssen im Original nachgelesen werden. Abschließend befaßt sich der Verf. mit den psycho-diagnostischen Tests. Er hält sie bei entsprechender Vorbildung für durchaus brauchbar, sieht jedoch ihre Begrenzung einmal in der Gefahr einer Fehlbeurteilung des einzelnen, während sie bei massenstatistischen Untersuchungen verlässlicher seien, weiterhin in dem Umstand, daß die eingangs erwähnten Schwierigkeiten ohne persönliches Zwiegespräch nicht oder nicht immer überwunden werden könnten, drittens in der

Vortäuschung einer Pseudoexaktheit und viertens in der Wandelbarkeit der Intelligenz zu verschiedenen Lebenszeiten. Keine Literaturangabe.

GUMBEL (Kaiserslautern)

**W. Mende: „Aufweichtendenzen“ in der Neurosebegutachtung.** [Landes-Heil- u. Krankenanst., Gütersloh.] Med. Sachverständige 56, 6—13 (1960).

Diese Arbeit greift in erfreulich klarer und kritisch abwägender Weise in die Diskussion um die Entschädigungspflicht bei psychogenen Reaktionen und neurotischen Fehlentwicklungen ein. Am Beispiel chronifizierter psychisch-reaktiver Störungen bei Verfolgten wird dargetan, daß und warum gegenüber der schematischen Anwendung der Lehrmeinung, Neurosen seien grundsätzlich nicht entschädigungspflichtig, eine gewisse Neuorientierung berechtigt ist, ohne daß diese Revision Aufweichtendenzen zur Folge haben müßte. Nur in seltenen Ausnahmefällen, in denen die Symptomatik, quantitativ gesehen, Krankheitswert beanspruchen kann und die Verantwortlichkeit des Erkrankten nach gründlicher Analyse von Charakterstruktur und Lebensgeschichte nicht zu bejahen ist, kann eine Entschädigungspflicht angenommen werden. Statt einer laufenden Rentenzahlung wird die Durchführung einer zeitlich begrenzten Heilbehandlung und eventuell auch eine einmalige Abfindung empfohlen. Jeder gutachtlich Tätige sollte die Arbeit im Original nachlesen.

ALSEN (Münster i. Westf.)<sup>oo</sup>

**Jürgen Weidemann: Das „Sozialbild“ des Anstaltskindes.** Untersuchungen zur sozialen Entwicklung des heimasiylierten Kleinkindes. Prax. Kinderpsychol. 9, 137—139 (1960).

**Willi Schmitz: Sozialhygienische Gesichtspunkte in der Arbeit jugendpsychiatrischer Beratungsstellen auf dem Lande.** [Jugendpsychiat. Berat.-Stelle u. kinderpsychiat. Abt. d. Bez.-Krankenh. f. Psychiatrie u. Neurol., Ueckermünde.] Z. ges. Hyg. 6, 401—413 (1960).

**W. Schmitz: Sozialpsychiatrische Erfahrungen während fünfjähriger jugendpsychiatrischer Tätigkeit auf dem Lande.** [Jugendpsychiat. Berat.-Stelle u. kinderpsychiat. Abt., Bez.-Krankenh. f. Psychiatrie u. Neurol., Ueckermünde.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 15, 2170—2178 (1960).

**Hermann Witter: Die Willensfähigkeit als Problem der forensischen Psychiatrie.** [Psychiat. u. Neurol. Klin., Univ. d. Saarland., Homburg.] Fortschr. Neurol. Psychiat. 27, 655—666 (1959).

Heute, wo einerseits die Diskussion um Theorie und Praxis psychiatrischer Gutachten über die Zurechnungsfähigkeit stark aufgelebt ist, andererseits von den Juristen um die Strafrechtsreform gerungen wird, ist dem Verf. besonders zu danken für diesen klärenden Beitrag zur Abgrenzung von Wissen und Ermessen in psychiatrischen Gutachten. Mit KURT SCHNEIDER, LEFERENZ, RAUCH und Ref. steht Verf. gegen v. BAeyer, MÜLLER-Suur, Mikorey und Gottschick (dort wäre noch De Boor, hier noch F. Stumpel und Bürger-Prinz zu nennen gewesen) auf dem Standpunkt, daß jede Aussage über die als „Freiheitsgrad“ verstandene Willensfähigkeit eines Täters zur Zeit der Tat nicht ein wissenschaftlich begründbares empirisches Urteil (eine Erkenntniswahrheit im Sinne von Jaspers) ist, sondern ein Ermessensurteil, eine Bekenntniswahrheit. Aber nicht nur mit den genannten „Gnostikern“ setzt sich Verf. im einzelnen kritisch auseinander, er versucht auch in die subjektiven Hintergründe der andersartigen Lösungen der Zurechnungsfähigkeitsbeurteilung bei den „agnostischen“ Autoren hineinzuleuchten, mit denen er die Einsicht in die Unmöglichkeit, die Endfrage von § 51 direkt zu beantworten, teilt. Letzteres erscheint nicht unbedenklich: ob die praktische Anpassung ihrer Begutachtungskriterien an das derzeitige Schuldvergeltingsstrafrecht bei Kurt Schneider, Leferenz und Rauch als Ausdruck einer indeterministischen Glaubenshaltung dieser Autoren angesehen werden darf und des Ref. schärfere Formulierung der hier liegenden Aporien zum Schuldvergeltingsprinzip als Signum meines weltanschaulichen Determinismus, ist wohl eine etwas gewagte Ermessensvermutung des Verf. selbst. — Die wichtige Arbeit schließt mit dem Rat an den Sachverständigen, die heute noch meist unvermeidliche Ermessensantwort in der Regel am medizinisch-psychopathologischen Krankheitsbegriff (geistig-krank = geistig-unfrei) zu orientieren, die Relativität auch dieses Krankheitsbegriffes aber im Einzelfalle zu notwendigen Improvisationen zu benutzen. Dabei sollte der Sachverständige die Grenzen wissenschaftlicher Aussagemöglichkeiten möglichst wenig



weit in den Bereich des Ermessens überschreiten, um nicht seine Rolle als Sachverständiger mit der eines sachverständigen Richters zu vertauschen. HADDENBROCK (Schussenried)<sup>90</sup>

F. J. Tolsma: *The psychiatric report in criminal law.* (Delta Hosp., Poortugaal.) Psychiat. Neurol. Neurochir. (Amst.) 63, 95—109 (1960).

**StGB § 51 Abs. 1 und 2; StPO § 353 Abs. 2 (Krankhafte Störung der Geistestätigkeit. Naturwidrige geschlechtliche Triebhaftigkeit. Aufrechterhalten der tatsächlichen Feststellungen).** [BGH, Urt. v. 27. XI. 1959; 4 StR 394/59, LG Bielefeld.] Neue jur. Wschr. A 13, 1393—1395 (1960).

Das LG Bielefeld hatte den Angeklagten wegen eines vollendeten Verbrechens und wegen vier versuchter Verbrechen der Verführung Jugendlicher zur gleichgeschlechtlichen Unzucht als gefährlichen Gewohnheitsverbrecher zur Gesamtstrafe von 5 Jahren Zuchthaus verurteilt, die bürgerlichen Ehrenrechte auf die gleiche Zeitdauer aberkannt und die Sicherungsverwahrung angeordnet. In der Urteilsbegründung hatte das LG ausgeführt, daß die geistigen Fähigkeiten des Angeklagten nach dem Gutachten des Sachverständigen Dr. W. über dem Durchschnitt lägen. Der Angeklagte sei ein egoistisch eingestellter Mensch mit einem ausgeprägten Sexualtrieb. Es lägen aber keine Anzeichen für eine Krankheitswert besitzende *Inversion*, also für eine *Verweiblichung* vor. Seine gleichgeschlechtlichen Handlungen entsprängen vielmehr einer *Perversion*. Diese sei aber nicht geeignet, seine Schuldfähigkeit zu beeinträchtigen. — Auf die Revision des Angeklagten hob der BGH das Urteil auf, weil nicht auszuschließen sei, daß das LG bei der Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit (Z.) des Angeklagten zu dessen Nachteil geirrt habe. Die Unterscheidung zwischen *Inversion* und *Perversion* mit ihren gegensätzlichen Schlußfolgerungen für die Z. des Angeklagten begegnet nach der Ansicht des BGH rechtlichen Bedenken, besonders dann, wenn diese Frage auf die Formel zugeschnitten werde: *Inversion* entschuldigt, *Perversion* nicht. Die Ausführungen des LG könnten so ausgelegt werden, als ob der *Inversion* als Erscheinungsform der gleichgeschlechtlichen Unzucht nur deshalb ein Einfluß auf die strafrechtliche Verantwortlichkeit eines Angeklagten eingeräumt werde, weil diese zu einer Verweiblichung führen könne. Der Sinn des Wortes *Inversion* erschöpfe sich aber keineswegs in dieser Bedeutung. Vielmehr werde mit diesem Wort ganz allgemein das Vorhandensein eines „umgekehrten, veränderten“ Geschlechtstriebes bezeichnet. Abgesehen davon läge aber für eine solche Beschränkung, wie sie der Auslegung des LG zu entnehmen sei, kein Grund vor. — „Entscheidend für die Frage der Schuldfähigkeit ist allein das Vorliegen einer Wesensveränderung, die auf die Einsichtsfähigkeit oder das Hemmungsvermögen des Angeklagten — erheblich — einwirkt, gleichviel ob sie von einer Veränderung gewisser körperlicher Merkmale begleitet ist oder nicht. Richtig ist, daß bei anlagebedingten Homosexuellen Zwanghaftigkeit des Handelns näher liegt als bei anderen Tätern, die ihren Hang erst durch Übung gewonnen haben. Daraus kann aber nicht die Folgerung gezogen werden, daß bei dem letztgenannten Personenkreis jede auf die Einzelpersonlichkeit bezogene Untersuchung und Würdigung der Schuldfähigkeit zu unterbleiben hätte und allein die Zugehörigkeit zu dieser Gruppe ausreiche, um das Vorhandensein der vollen Schuldfähigkeit zu bejahen.“ — In diesem Zusammenhang verweist der BGH auf seine schon in früheren Entscheidungen enthaltene Auslegung des Begriffes „krankhafte Störung der Geistestätigkeit“ im Sinne des § 51 StGB. „Hierunter fallen nicht nur Geisteskrankheiten im klinisch-psychiatrischen Sinne, sondern alle Arten von Störungen der Verstandestätigkeit sowie des Willens-, Gefühls- oder Triebens, die die bei einem normalen und geistig reifen Menschen vorhandenen, zur Willensbildung befähigenden Vorstellungen und Gefühle beeinträchtigen . . . Das gilt auch von einer geschlechtlichen Triebhaftigkeit, die — bei normaler Richtung — derart stark ausgeprägt ist, daß ihr der Träger selbst bei Aufbietung aller ihm eigenen Willenskräfte nicht ausreichend zu widerstehen vermag . . . Allerdings kommt dem gleichgeschlechtlichen Trieb nicht schon um seiner Abartigkeit willen allein die Bedeutung einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit zu. Es ist vielmehr davon auszugehen, daß der geistig gesunde Mensch über die erforderlichen inneren Kräfte verfügt, um die ihm aus einem naturwidrigen Geschlechtstrieb erwachsenen Neigungen zu überwinden. Das Gesetz verlangt, daß der einzelne die ihm zur Verfügung stehenden Willenskräfte voll einsetzt; Willensschwäche oder sonstige Charaktermängel rechtfertigen die Anwendung des § 51 Abs. 1 oder 2 StGB nicht. Dabei ist jedoch immer Voraussetzung, daß der gleichgeschlechtlich Veranlagte nicht infolge einer mit seinem Trieb verbundenen Persönlichkeitsentartung der natürlichen Hemmungen entbehrt, deren er bedarf, um der Versuchung zur gleichgeschlechtlichen Unzucht widerstehen zu können.“ — Der medizinische Sachverständige wird die Bemühungen des BGH nicht verkennen, die zweifellos schwierigen Begriffe zu klären. Er wird sich aber bei diesen Ausführungen auch fragen, ob er mit

seinen Methoden überhaupt noch in der Lage ist, die Fragen zu beantworten, die ihm hier gestellt werden.

ROMMENY (Berlin)

**Maurice Leconte: De la nécessité de tirer quelques enseignements de l'actualité de la criminalité psychiatrique révélée par la presse.** (Über die Notwendigkeit einer zurückhaltenden Presseberichterstattung über die Straftaten Geisteskranker.) *Ann. Méd. lég.* 40, 246—263 (1960).

An Hand von 65 Zitaten aus französischen Presseberichten erörtert Verf. die Gefahren einer zu realistischen Schilderung von Kriminaldelikten Geisteskranker. Zugleich läßt sich den genannten Berichten die Tatsache entnehmen, daß die Kriminalität Geisteskranker einen erschreckenden Umfang aufweist. Daraus läßt sich die Forderung ableiten, Geisteskranke auch nach der klinischen Behandlung weiterhin einer zuverlässigen Betreuung und Beaufsichtigung zu unterstellen, besonders dann, wenn ohne diese Maßnahmen Verwahrlosung droht.

JACOB (Würzburg)

### **Zur Anwendung von Fixierungsmaßnahmen bei entmündigten Geisteskranken.** Bundesgesundheitsblatt 3, 9 (1960).

Diese Entscheidung des VI. Zivilsenats (VI ZR 120/58 vom 10. 7. 1959) ist für jeden Anstalts-Psychiater außerordentlich wichtig. Eine entmündigte Schizophrene war auf Veranlassung des Vormundes in die Klinik eingewiesen worden. Im Laufe des Klinikaufenthaltes wurde eine wochenlange Fixierung der Kranken durch Ledermanschetten notwendig. Dabei kam es zu Verletzungen mit Schädigung des rechten Mittelarmnerven. Die Patientin begehrte nun Schmerzensgeld und Schadenersatz. — Der BHG stellt zunächst fest, daß „grundsätzlich jede Freiheitsentziehung ohne die Zustimmung des Betroffenen oder seines gesetzlichen Vertreters widerrechtlich ist. Auch der Arzt darf keinen Patienten einem Zwang unterwerfen, der ihm seine persönliche Bewegungsfreiheit nimmt, wenn nicht der Patient oder dessen gesetzlicher Vertreter zugestimmt hat oder die Gesetze — wie etwa bei gefährlichen Geisteskranken — eine zwangsweise Freiheitsentziehung besonders zulassen. — Ist ein Patient aber wegen einer geistigen Erkrankung in eine Krankenanstalt aufgenommen und unter rechtmäßigen Freiheitsentzug gestellt worden, so ist es im wesentlichen eine Frage ärztlicher Indikation, welche Behandlung hier bei ihm angewendet wird.“ Bei rechtmäßigem Freiheitsentzug, der hier vorliegt, ist die Fixierung also grundsätzlich nach den Gesichtspunkten der Behandlung zu betrachten. In der Entscheidung heißt es weiter: „Es kommt also darauf an, ob und inwieweit die Anwendung körperlichen Zwanges aus ärztlichen Gründen geboten ist. Rechtswidrig ist, soweit nicht etwa der Rechtfertigungsgrund der Notwehr (§ 227 BGB) eingreift, eine über die allgemeine Anstaltsbewahrung hinausgehende Einengung der körperlichen Bewegungsfreiheit bei Überschreitung der Grenzen des ärztlich Gebotenen. Im übrigen greifen aber die Grundsätze ein, nach denen sich allgemein die Frage nach der Rechtmäßigkeit ärztlicher Eingriffe beurteilt. Danach ist davon auszugehen, daß, wer ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt, um von einem Leiden befreit zu werden, damit sein Einverständnis mit einer zur Behebung oder Minderung des Leidens geeigneten Behandlung zu erkennen gibt. Nur soweit Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit des Kranken oder Maßnahmen in Betracht kommen, die nicht leicht zu nehmende Gefahren in sich bergen, ist eine wirksame Einwilligung nicht schon gegeben, wenn nicht der Kranke bzw. sein Vertreter über Wesen, Bedeutung und Tragweite des Eingriffs in großen Zügen aufgeklärt und über die nach ärztlicher Erfahrung typischen und die nicht äußerst selten eintretenden gesundheitsschädigenden Folgen der vorgesehenen Maßnahmen ins Bild gesetzt worden sind. — Es ist hiernach irrig . . ., die Fixierung eines geistig Erkrankten in der bewahrenden Krankenanstalt für die Frage nach der Rechtmäßigkeit dieser Maßnahme ohne weiteres einer Operation gleichsetzen zu können. Sie wäre einem derartigen Eingriff nur vergleichbar, wenn bei der ärztlich indizierten Fixierung mit ähnlichen Gefahren gerechnet werden müßte, wie sie die Notwendigkeit einer Aufklärung und Einwilligung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters bedingen. Brauchen solche Befürchtungen aber nicht gehegt zu werden oder liegen sie so weit ab, daß sie bei einem verständigen Vormund des entmündigten Patienten für die Einwilligung in die vorgesehenen Maßnahmen nicht ernsthaft ins Gewicht fallen, so liegt die ärztlich indizierte Fixierung des Kranken im Rahmen der Behandlungsmaßnahmen, die in aller Regel mit der Einlieferung des Patienten in die Krankenanstalt in das pflichtbewußte, auf die Erkenntnisse und Lehren der ärztlichen Wissenschaft begründete Befinden des behandelnden Arztes gestellt werden. Um die besondere Obhut, deren geistig Erkrankte bedürfen, wäre es schlecht bestellt, wenn sie nicht erforderlichenfalls auch durch Zwang davor bewahrt werden dürften, sich und anderen Schaden anzutun. Das ist allgemein bekannt. Daher muß es allgemein

auch als Inhalt des Behandlungsvertrages gelten, den der Vormund eines geistig Erkrankten bei dessen Einlieferung in ein Krankenhaus mit diesem abschließt, daß eine Obhut geübt werden darf und soll, die auch Erfordernissen dieser Art gerecht werden. Arzt und Krankenhausträger würden sich gegebenenfalls schadenersatzpflichtig machen, wenn sie es an der notwendigen Bewahrung fehlen ließen. — Es ist jedoch zu prüfen, ob dieses Anschlallen aus ärztlichen Gründen geboten war. Außerdem bedarf eine solche Fixierung „nur mit der nach Lage der Sache möglichen Schonung ausgeführt und nicht länger als notwendig aufrechterhalten werden“; ungerechtfertigte Härte und übermäßige Ausdehnung würde eine Überschreitung der Befugnis zur Freiheitsentziehung bedeuten und diese widerrechtlich machen.“ GÖPPINGER (Bonn)<sup>99</sup>

**Werner Munkwitz: Die Beurteilung der straf- und zivilrechtlichen Verantwortlichkeit in der forensischen Psychiatrie.** (Kinder- u. Jugendpsychiat. Abt., Univ.-Nervenklin., Marburg a. d. Lahn). Med. Sachverständige 56, 195—198 (1960).

Auf die unterschiedliche Betrachtungsweise bei der Beurteilung von strafrechtlicher und zivilrechtlicher Verantwortlichkeit bzw. Schuld wird hingewiesen. An Hand von Fällen aus der Praxis wird die Problematik erörtert. Vor allem wird davor gewarnt, bei der Beurteilung der Deliktsfähigkeit von Kindern, die das 7. Lebensjahr überschritten haben, lediglich nach dem äußeren Eindruck und der intellektuellen Begabung (Schulurteil) zu urteilen. Der Sachverständige habe sich nach reifungsbiologischen Kriterien zu orientieren. GERCHOW (Kiel)

**G. Eisen: Krankhafte Störungen der Geistestätigkeit in psychiatrisch-forensischer Einleitung und Begutachtung nach § 51 StGB.** Med. Sachverständige 56, 204—205 (1960).

Verf. betont, daß es nicht begründbar sei, ein Gutachten mit den außerhalb des ärztlichen Kompetenzbereiches liegenden wertorientierenden Begriffen wie „nicht verantwortlich“ zu beschließen. Man könne nur einen Schluß auf die potentielle Einsicht — oder die Fähigkeit, nach dieser Einsicht zu handeln — zum Zeitpunkt der Untersuchung ziehen, aber kaum auf die aktuelle Einsicht zur Zeit der Tat (Anmerkung des Ref.: Es gibt auch eine potentielle Einsicht zur Zeit der Tat). Die „krankhaften Störungen der Geistestätigkeit“ werden unter forensischen Gesichtspunkten zusammengestellt und in einen Katalog über die Anwendbarkeit des § 51 eingebaut (Anmerkung des Ref.: Vor Verallgemeinerung der Anwendung des § 51, Abs. 1 oder 2 StGB unter den hier erörterten psychischen Tatbeständen — z. B. § 51,2 bei „reinen Homosexuellen“, § 51,2 nicht auszuschließen bei 1,5—2% Blutalkoholgehalt — kann nur gewarnt werden). GERCHOW (Kiel)

**L. Cotte et A. Marin: L'examen médico-social et psychologique des jeunes adultes.** Sozialmedizinische und psychologische Untersuchungen an Heranwachsenden. Ann. Méd. lég. 40, 272—277 (1960).

Auch in Frankreichs Strafprozeßordnung wird die Aufmerksamkeit der Richter auf die „Jeunes Adultes“ gelenkt. Es wird empfohlen, psychologische Prüfungen und Prüfungen der sozialen Verhältnisse vornehmen zu lassen. Verff. haben einige hundert straffällige Heranwachsende untersucht und kommen zu folgendem Ergebnis: Die Kriminalität der Heranwachsenden unterscheidet sich deutlich von der der Jugendlichen und in einem gewissen Maße auch von der älterer Erwachsener. Die Periode zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr ist eine besondere Entwicklungsphase im Leben. Hier macht man sich von der elterlichen Führung frei und sucht einen Platz in der Gesellschaft. In diesem Alter können äußere negative Faktoren besonders leicht im Zusammenhang mit entsprechenden Charakteranlagen die Entwicklung der Persönlichkeit stören. — Verff. unterscheiden für dieses Alter hauptsächlich zwei Gruppen von Straffälligen: die einen sind noch für „Aufschub“. Sie sind in der Phase der inneren Probleme stecken geblieben und schieben deswegen auch die Ergreifung eines Berufes noch auf. Bestimmte krankhafte Faktoren haben eine normale Entwicklung bei diesen Jugendlichen gestört, sie sind deswegen kindlich geblieben. — Diese Gruppe stand schon vor Jugendgerichten, verharnt nach dem 18. Lebensjahr noch bei den Asozialen und stellt bei Volljährigkeit oft einen kriminellen Typ der Jugendlichen mit den gleichen Eigentümlichkeiten der Gewohnheitsverbrecher dar. — Die zweite Gruppe besteht aus den „wirklichen jugendlichen Heranwachsenden“. Von diesen straucheln einige über die Schwierigkeiten bei der Einordnung in ein Kollektiv, das manchmal nur wenig aufnahmebereit ist. — Der kriminogene Konflikt bei dieser Gruppe ist oft tiefer, als er nach außen erscheint. Er setzt sich nicht aus den Hindernissen zusammen, die sich oft einer Berufsergreifung entgegensetzen und hat auch keine materiellen Ursachen: Die Hauptursache ist vielmehr das Unvermögen — sich aus der inneren Abhängigkeit von den Eltern zu lösen — und sich selbst als Erwachsener bestätigt zu wissen; demnach also der Mangel an Selbstsicherheit und Selbstvertrauen. KLOSE (Heidelberg)