

leiden bei Verblutungsanämie, Herz- und Gefäßerkrankung und Asphyxie. In der Literatur werden Normwerte für die erwähnten Spurenelemente in den untersuchten Knochen nicht gefunden, sie müßten erarbeitet werden. Die Werte werden in Prozenten tabellarisch wiedergegeben. Bei diesen Untersuchungen wurde herausgefunden, daß eine deutliche Abhängigkeit besteht und durch Bestimmung der Spurenelemente auf den „Typ des Todes“ (gemeint ist offenbar das Grundleiden) geschlossen werden kann. Bei längerer Agonie werden diese Beziehungen zerstört. Fäulnis vermag diese Beziehungen nicht zu beeinflussen. BUNDSCSUH (Berlin)

Versicherungs- und Arbeitsmedizin

Hans Zapfe: **Sozialversicherung in Europa.** [I. Inn. Abt. d. Städt. Krankenanst., Berlin-Neukölln.] Med. Sachverständige 60, 56—62 (1964).

Karl Achermann: **Die Stellung der ärztlichen Sachverständigen in der Sozialversicherung der Schweiz.** Med. Sachverständige 60, 53—56 (1964).

Rudolf Hauffe: **Der behandelnde Arzt in der Sozialgerichtsbarkeit.** [7. Fortbild.-Kurs f. soz.-med. Begutachtgs.-Kunde f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 25.—27. XI. 1963.] Med. Sachverständige 60, 49—53 (1964).

J. Hirschmann: **Arzt und Sozialversicherung.** Dtsch. med. Wschr. 88, 2503—2510 (1963).

Die ärztliche Tätigkeit in der Sozialversicherung muß sich in einem Spannungsfeld entfalten, welches bestimmt wird einerseits durch unabdingbare Gesetzesvorschriften und andererseits durch Forderungen und Wünsche des Patienten, die oft mit den Gesetzesvorschriften nicht in Einklang zu bringen sind. In diesem Kräftespiel wird der Arzt leider allzu leicht in die Rolle eines Richters gedrängt und manchmal unterschieben die Versicherungsträger medizinischen Autoritäten und Universitätskliniken unausgesprochen das Gewicht eines „Oberlandesgerichts“. Für den Patienten zählt aber nicht das medizinische Autoritätenurteil, sondern die Achtung, die ihm als Mensch entgegengebracht wird. Der Arzt kann die Begutachtung zu einem therapeutischen Akt gestalten, wenn er nicht nur den körperlichen Schaden, sondern gleichzeitig die innere Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Situation ins Auge faßt und ungerechtfertigte Anspruchshaltungen von vornherein nicht aufkommen läßt. Ein besonderer Fortschritt wurde erzielt, seitdem die Sozialversicherung die Rehabilitation vor die Rentengewährung gestellt hat. Rehabilitation bedeutet Appell an die Eigenverantwortlichkeit und kann nur gelingen, wenn der Patient zur aktiven Teilnahme an der Wiedererlangung einer für ihn sinnvollen Leistungsfähigkeit gewonnen wird. — Verf. verweist auf die vielfältigen Möglichkeiten, die das Instrument „Sozialversicherung“ bei richtiger Handhabung zum Wohle der Patienten bietet.

WITTER (Homburg/Saar)^{oo}

Robert Schmelcher: **Keine freie Zulassung von Knappschaftsärzten zur Knappschaftsversicherung; Sprengelarztsystem der Ruhrknappschaft verfassungsmäßig.** Dtsch. med. Wschr. 89, 1483 (1964).

Das Bundessozialgericht hat sich auf den Standpunkt gestellt, daß eine freie Zulassung von Knappschaftsärzten zur Knappschaftsversicherung nicht erforderlich ist. Die Knappschaftsversicherung umfaßt nur verhältnismäßig wenige Versicherte, eine Parallelie mit der Krankenversicherung erkennt das BSG nicht an. B. MUELLER (Heidelberg)

P. L'Epée et H. J. Lazarini: **Le problème de la mort pendant le travail.** (Das Problem des Todes während der Arbeit.) [Soc. de Méd. du Travail, Bordeaux, 21. VI. 1963.] Arch. Mal. prof. 25, 245—248 (1964).

Nicht jeder Arbeitsunfall ereignet sich vor Zeugen und nicht jede traumatische Körperschädigung bzw. Todesursache ist äußerlich erkennbar. Den daraus sich ergebenden Konsequenzen tragen die folgenden zwei Erlasse des französischen Kassationshofes Rechnung: 1. „Jede Körperschädigung, die am Arbeitsort oder während der Arbeitszeit eintritt, ist als durch die Arbeit bedingt anzusehen, solange nicht das Gegenteil bewiesen ist“. 2. „Jede Körperschädigung, die anlässlich eines Unfalls bei der Arbeit eintritt, ist als unfallbedingt anzusehen, solange nicht das Gegenteil bewiesen ist.“ Durch diese Erlasse werden die Interessen des Opfers und seiner Rechtsnachfolger geschützt. Den verlangten Gegenbeweis zu liefern ist Sache des Unternehmers, in

dessen Bereich sich der Unfall ereignet hat, oder der Versicherung. An Hand eines konkreten Falles werden die gerichtlich-medizinischen Aspekte dargestellt.

LÜDIN (Basel)

H. Grömag: Die Gewährung eines Härteausgleichs bei anlagebedingten Leiden. Med. Klin. 59, 113—114 (1964).

Anlage-schicksalsbedingte und konstitutionelle Einflüsse die einen krankhaften Zustand bestimmen, galten bisher wie alles, was aus innerer Ursache zustande kam, weder in der Unfallversicherung noch in der Kriegsopferversorgung als entschädigungspflichtig. Nach neuerer Auffassung werden „Anlagen“ nur zum Teil als unausweichliche Notwendigkeiten, zum anderen nur als „Potenzen“ gesehen, entscheidend bleibt, ob, wann und inwieweit sie sich im Leben auswirken und als Reaktionsformen zum Tragen kommen. Der Gutachter wird bei Prüfung der Zusammenhangsfrage und der Differenzierung zwischen Schädigung und inkriminierten Umweltschäden die Kausalitätsnorm der wesentlichen Bedingung beachten müssen, der Stellenwert der Anlage ist dabei gegenüber den Umwelteinflüssen abzuklären. Das BSG hat in seinem Urteil vom 9. 12. 59 — 10 RV 591/56 ausgeführt, daß es Sache des Mediziners sei, zu beurteilen, ob es sich im Einzelfall um eine sog. ruhende Anlage handelte, oder ob bereits durch Veränderungen im Körper ein krankhaftes Geschehen eingetreten ist. Beruht das Leiden auf einer Anlage, die stetig fortschreitende Veränderungen im Körper hervorgerufen hatte, und wird das krankhafte Geschehen durch ein Ereignis im Sinne des § 1 BVG ausgelöst, so stehen als Bedingungen sowohl die Anlage als auch das Ereignis im Sinne des § 1 BVG nebeneinander, in diesem Falle kann versorgungsrechtlich die durch das Schädigungseignis im Sinne des BVG gesetzte Bedingung die wesentliche sein und damit Ursache im Rechtssinne für die Anerkennung „im Sinne der Entstehung“ gelten. Härteausgleich ist gem. § 89 Abs. 2 BVG für derartige Fälle möglich, darüber hinaus auch für solche Erkrankungen, bei denen in der medizinischen Wissenschaft Unsicherheit über die Entstehungsursache des Leidens besteht (Multiple Sklerose, M. Bechterew, Endangitis obliterans) und nur aus diesem Grund die erforderliche Wahrscheinlichkeit nicht angenommen werden konnte.

G. MöLLHOFF (Heidelberg)

M. Valobra e F. Ostini: Presentazione di un caso di scapola alata post-traumatica e considerazioni medico-legali. (Gerichtsärztliche Betrachtungen über einen Fall von geflügeltem Schulterblatt traumatischen Ursprungs.) Riv. Infort. Mal. prof. 1964, 175—179 (1964).

18jährige Textilarbeiterin ohne nennenswerte Vorgeschichte; beim Loslösen des fertiggestellten Stoffes (20—30 kg) vom Webstuhl mit dem rechten, ausgestreckten und leicht nach vorn geneigten Arm fühlte sie plötzlich einen heftigen Schmerz in der rechten l. c. Region. Nach einer kurzen Pause nahm sie die Arbeit wieder auf, begab sich jedoch am nächsten Tag zum Arzt, da sich eine Bewegungsverminderung des rechten Armes und ein Hervorstehen des rechten Schulterblattes eingestellt hatten. Die eingeleitete Behandlung blieb ohne Erfolg; die Behinderung der Bewegungen und die Deformität nahmen mit der Zeit zu. Im Abstand von 3 Monaten wurde folgender, objektiver Befund erhoben: Geflügeltes Schulterblatt rechts, dessen Abweichen vom Thorax beim Erheben des Armes nach vorn und nach der Seite besonders deutlich wird. Letztere Bewegungen können aktiv bis zu 70° ausgeführt werden. Der Trophismus der Muskeln des Schultergürtels und des Armes ist normal; röntgenologisch kein pathologischer Befund. Das Elektromyogramm des M. serratus ventralis ergab eine ausgeprägte Verminderung der elektrischen Aktivität, wie sie für eine Schädigung des N. thoracicus longus typisch ist. — Verff. sind der Ansicht, daß es sich um eine Quetschung dieses Nerven zwischen der 1. Rippe und dem Coracoides handelt, die durch eine kombinierte Bewegung (Projektion nach vorn und Herab senkung der Schulter) zustande gekommen ist.

G. GROSSER (Padua)

F. Baumgartl: Kritische Bemerkungen zur Begutachtung einer habituellen Schulterluxation. [Chir. Klin. d. Med. Akad., Düsseldorf.] Mschr. Unfallheilk. 67, 395—403 (1964).

G. Möllhoff und H. Bauer: Zur versicherungsmedizinischen Bewertung des Stotterns nach Hirntraumen. [Inst. Gerichtl. Med. u. Stimm- u. Sprachabt., HNO-Klin., Univ., Heidelberg.] Med. Sachverständige 60, 176—182 (1964).

Die versicherungsmedizinische Bewertung des Stotterns wirft wegen der unterschiedlichen Auffassung der Ätiologie oft Schwierigkeiten auf. Neben der speziellen hereditären Disposition spielen hirnorganische Faktoren, neuropathische und psychologische Momente eine Rolle. In

einem Begutachtungsfall war ein schweres Schädelhirntrauma vorausgegangen. Vor positiver Entscheidung über den Kausalzusammenhang sei es jedoch erforderlich eine eingehende Analyse vorzunehmen und nach entsprechender sprachärztlicher und neurologisch-psychiatrischer Behandlung die therapieresistenden Sprachstörungsreste zu ermitteln. Diese können dann berentet werden. Das Verfahren besitzt den Vorteil, daß bei einer längeren Beobachtungs- und Behandlungszeit Begehrungstendenzen besser ausgeschaltet werden, als bei einer einmaligen ambulanten Untersuchung.

GREINER (Duisburg)

F. W. Meinecke: **Gefäßverkalkung nach Hirnverletzung?** [Krankenanst. „Bergmannsheil“, Bochum.] Mschr. Unfallheilk. 67, 356—357 (1964).

Ein damals 25jähriger Mann erlitt am 21. 1. 27 eine Oberschenkelfraktur links und Schädelprellungen mit Platzwunden. Es trat eine sofortige Bewußtlosigkeit ein, die noch weitere 8 Tage anhielt; in der Behandlungszeit wurde eine starke motorische Üruhe beobachtet, neurologische Ausfälle bestanden nicht. Eine spätere neurologische, klinische Untersuchung führte zu der Annahme, daß es bei dem Unfall zu einer kontusionellen Hirnschädigung gekommen sei, zumal in psychopathologischer Hinsicht eine Euphorie mit Redseligkeit und Witzelsucht beobachtet wurden. Später wurden allerdings im Zuge der erweiterten Sachaufklärung Beobachtungen darüber bekannt, daß es sich hierbei schon um vorbestehende Schäden gehandelt habe. Die Ehefrau des Patienten hat in den späteren Jahren immer wieder über Wesensveränderungen und tätliche Aggressionen des Mannes berichtet. In der Folgezeit sind verschiedene Gutachter zu unterschiedlichen Auffassungen des Krankheitsbildes gelangt. Einerseits führte man die psychischen Beeinträchtigungen ursächlich auf eine verhältnismäßig bewußtseinsnahe ablaufende psychogene Fehlhaltung zurück, die anlagebedingte Wesenszüge nur verstärkt habe, andererseits kamen Gutachter zu der Auffassung, daß es sich bei dem Patienten um eine Stirnhirnschädigung auf der Grundlage einer „massiven Hirnblutung“ gehandelt habe. Erst 1951 wurde ein leichtes Hemisyndrom links festgestellt, später, 1953, fand man einen Hydrocephalus internus. Seit 1953 bestanden eine Rechtsdekompensation des Herzens und eine Coronarsklerose. Der Patient verstarb am 25. 12. 57. Erst 10 Wochen später wurde die Obduktion vorgenommen, die eine hochgradige allgemeine Gefäßsklerose, das Bestehen von Lungeninfarkten, einer Beckenvenenthrombose und eines offenen Foramen ovale ergab. Seitens des Pathologen wurde der Tod auf die vorliegenden Gefäßleiden zurückgeführt, dem Unfallgeschehen wurde keine richtunggebende Bedeutung für den Eintritt des Todes zugeschrieben, insbesondere auch verneint, daß dieser zumindest um 1 Jahr früher eingetreten sei. Der Neuropathologe fand keine unfallbedingten Hirndauerschäden, sondern nur eine ausgedehnte Gefäßsklerose, auch er verneint die Kausalbeziehungen zum Unfall. Die Ehefrau brachte in ihrem Einspruch zum Ausdruck, daß vielleicht Aminophenazonpräparate, die der Patient fortlaufend eingenommen habe, zur Ausbildung der Gefäßsklerose beitragen haben könnten. Gutachten verschiedener Hochschullehrer kamen dann zu der Auffassung, daß unfallbedingte Gefäßveränderungen bei gedeckten Hirnverletzungen nie beobachtet worden seien. Derartige Folgen könnten nur bei offenen Hirnverletzungen angenommen werden, die mit lokalen Knochen-Hirnhaut- und Hirnsubstanzschäden einhergingen. Gestützt auf diese Unterlagen erging ein klageabweisendes Urteil des Sozialgerichtes, das inzwischen rechtskräftig wurde.

G. MöLLHoff (Heidelberg)

Francesco Filauro: **Interesse medico legale dell'allungamento posttraumatico degli arti inferiori.** (Die Bedeutung der posttraumatischen Verlängerung der unteren Extremitäten in der Gerichtsmedizin.) [Ist. Med. Leg. e Assicurazioni, Univ., Genova.] Med. leg. (Genova) 11, 297—313 (1963).

Eine posttraumatische Verlängerung der unteren Extremitäten kann durch eine schlechte Verheilung des Bruches (z. B. in Valgismus verheilter Femurhalsbruch; übermäßig lange Traktion im Fall eines Femurschaftbruches mit darauffolgender Verschiebung in Längsrichtung der Bruchenden; Verschiebung nach unten der Hüftpfanne und des Femurkopfes bei komplizierten Beckenbrüchen usw.) zustande kommen sowie auch durch exakte Reposition von Brüchen bei vorher bestehender Krümmung der Knochen und durch echtes Längenwachstum des gebrochenen Knochens. Während der Begutachtung in erstgenannten Fällen keine besonderen Schwierigkeiten im Wege stehen, ist in letztgenanntem Fall zu erwägen, ob die Verlängerung als dauerhaft zu betrachten sei. Nach einer gründlichen Durchsicht der Literatur über experimentell hervorgerufene Wachstumsbeschleunigung einzelner langer Röhrenknochen an Tieren und über klinische Beobachtungen dieser Erscheinung bei Kindern und Jugendlichen kommt Verf. zur Schlußfolgerung, daß das überschüssige Längenwachstum des gebrochenen Knochens nach Abklingen

der besonderen, an die Verheilung des Bruches gebundenen Reize zum Stillstand kommt und daß die Verlängerung durch das allgemeine Längenwachstum des Körpers ausgeglichen wird.

G. GROSSER (Padua)

R. Devrient: L'assurance privée et les accidents. (Privatversicherung und Unfall.)
Z. Unfallmed. Berufskr. 57, 114—124 (1964).

Im vorliegenden Beitrag zur Jubiläumsschrift anlässlich der 50. Tagung der Schweizer Medizinischen Gesellschaft für Unfallheilkunde und Berufskrankheiten werden die Entwicklung der Schweizer Privatversicherungen in ihren Beziehungen zum sozialen und ökonomischen Leben aufgezeigt. Der Bevölkerungszuwachs von 3,75 Mill. (1910) auf 5,43 Mill. (1960), die zunehmende Industrialisierung und die Motorisierung des Straßenverkehrs (ein Kfz auf 6 Einwohner) spiegeln sich auch in den Versicherungszahlen und den Leistungen der Versicherungsträger wider, die von 1826 an (I. Schweizer Feuerversicherung) eine stete Aufwärtsentwicklung zeigten. 27 große Schweizer Gesellschaften, darunter einige mit Weltgeltung, bieten Assekuranzien gegen alle Risiken, die Schweizer Unfallversicherungen hatten 1961 ein Prämienaufkommen von 89,36 Mill. sfr, für Einzelversicherungen und 132,56 Mill. sfr bei Kollektivverträgen. In der Haftpflichtbranche war ein analoges Ansteigen der Versichertenzahlen und auch der Inanspruchnahmen festzustellen wie in allen anderen europäischen Ländern. An Prämien für die allgemeine Haftpflicht gingen 1961 58,89 Mill. sfr ein, für die Kfz-Versicherung 275,93 Mill. sfr. Fragen der Verwaltungsrationalisierung, der Investitionen der Versicherungssoziologie werden kurz diskutiert.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

H. Otto: Die Obduktion im Hinterbliebenenverfahren nach dem UVNG. [Path.-Anat. Inst., Univ., Erlangen-Nürnberg.] Med. Sachverständige 60, 138—140 (1964).

Die Entscheidungsmaßstäbe für die Hinterbliebenenrenten bei einigen Berufskrankheiten wurden mit dem § 589, II, in der Fassung vom 30. 4. 63 BGBI I/241 neu geregelt. Es heißt darin, daß dem Tod durch Arbeitsunfall der Tod eines Versicherten gleichsteht, sofern dessen Erwerbsfähigkeit durch die Folgen einer Berufskrankheit unter Berücksichtigung der Nummer 30, 31, 34 oder 35 der Anlage zur 3. Verordnung über die Ausdehnung der UV auf Berufskrankheiten vom 16. 12. 36 in der Fassung vom 28. 4. 61 um 50 oder mehr v. H. gemindert war. Dies gilt nicht, sobald offenkundig ist, daß der Tod mit der Berufskrankheit nicht in ursächlichem Zusammenhang steht. Exhumierungen zum Zwecke einer solchen Feststellung dürfen nicht gefordert werden. Verf. wendet sich energisch hiergegen. Einzelseitig würde ein entscheidendes Mittel der objektiven Sachaufklärung einbüßen. Einerseits könnten bei einem Verzicht auf eine Obduktion Rentenansprüche erwirkt werden, die unberechtigt sind und umgekehrt. Beim Vergleich von Obduktionsbefunden und Leichenschaudiagnosen der letzten Jahre zeigt sich, daß ein pauschaler Obduktionsverzicht bei M. d. E. von 50 v. H. und mehr zwar in einigen Fällen ungerechtfertigte Ansprüchen zum Erfolg verholfen hätten. Demgegenüber würde ein zahlenmäßig größerer Anteil von Fällen stehen, bei dem die Obduktion im Gegensatz zur Leichenschaudiagnose die Hinterbliebenenansprüche erst eindeutig begründete.

DOTZAUER (Köln)

J. Wilde und G. Langer: Hepatitis als Berufserkrankung. Bemerkungen zur Arbeit von W. SCHÜTTMANN, veröffentlicht in den Heften 43, 44, 45/1962 dieser Z. [Chir. Klin., Univ., Jena.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 19, 1833—1840 (1964).

Helena Tobik und Stanislaw Tobik: Ein seltener Fall der Knochenveränderungen in der mikrotraumatischen Krankheit. [Ther.-Prophylakt. Anst. d. Hütte Batory, Chorzow.] Med. Pracy 14, 499—501 mit engl. Zus.fass. (1963) [Polnisch].

Ein 56jähriger Arbeiter ist seit 15 Jahren mit dem pneumatischen Meißel (120 Schläge/min) tätig und muß dabei seinen Griff mit der rechten Hand festhalten. Klinisch mäßige Atrophie der Oberarm- und Schultermuskulatur sowie totale Versteifung im Schultergelenk festgestellt, radiologisch Abschleifen des Kopfes von Oberarmknochen, Atrophie der Knochenteile des rechten Schultergelenks, in den Weichteilen der Umgebung Verkalkungen. WALCZYŃSKI (Szczecin)

H. Schiller: Die berufstätige Frau aus der Sicht eines Werkarztes. [Werksärztl. Abt., Daimler-Benz AG, Untertürkheim.] Münch. med. Wschr. 106, 1855—1859 (1964).

N. Mitkova et V. Raitcheva: Réactions d'adaptation de l'organisme aux températures élevées. (Note préliminaire.) [Inst. Méd. Transport, Sofia.] Arch. Mal. prof. 25, 509—511 (1964).

K. P. Kisker: Bemerkungen zum Erleben des Leibes bei Verfolgten. [Psychiat. u. Neurol. Klin., Heidelberg.] Jb. Psychol. Psychother. 11, 82—91 (1964).

„Entbehrungen, Entgrenzungen, Überwältigungen durch den Anderen einerseits, Versiegen, Verfall und Vergehen andererseits, Modifikationen erscheinender und tragender Leiblichkeit, wie sie die verstehende Anthropologie (ZUTT) bei Paranoiden und Depressiven aufbrechen sieht, sind ebenfalls Signa der Situation Verfolgter.“ Aber bei Paranoiden und Depressiven, insofern sie geheilt werden, hinterlassen Entbehrung und Verfall wenig Spuren, während sich bei Verfolgten ein Verlust des Vertrauens einnistet sowie Unsicherheit leiblichen Erscheinens, Erschöpfungen, Störungen der Verdauungs- und Herzfunktion. Die wichtigsten Phänomene werden in 4 Stadien von Wandlungen des Leiberlebens unterteilt, die von der Kerngruppe langjährig Verfolgter durchschritten werden; 1. „Der bebende Leib“, oft mit Tics, Kopftremor, Torticollis, innerem Vibrieren, Störungen der Selbstwahrnehmung, zurückgehend auf Zustände des Herzklopfens in Versteckbelastungen mit der Entsprechung der Bodenlosigkeit; 2. „Der getretene Leib“, nach Zuständen des Verhungerns, der Apathie und Selbstaufgabe, aus welchen Tritte und Schläge zum Appellstehen, Essenfassen, Marschieren, zur Zwangsarbeit, zum eigenen Trittfassen aufschreckten; 3. „Der verfremdete Leib“, passiver Selbstmord in Apathie und Erstarrung, stundenlange Durchnässungen, das ständige Vorsichhaben mehr toter als lebender Personen, endlose Verstecke in Zwangspositionen führten zu einer Distanzierung des Leibes, zu einem Rückzug vom Leib nach innen, einer Entrückung der Welt und ein Träumen und Tagträumen in eine verlorene Zukunft; bei Überlebenden blieb der Leib eingeengt auf ein dem Sklavenalltag dienliches Arbeitsgestell; schon der Verlust einer Brille kann für einen Kurzsichtigen Vernichtung bedeuten; 4. „Der verunstaltete Leib“, dem eine verunglückte heillose Welt entspricht; die jahrelangen dreckigen Kleider und kranken häßlichen Körper ohne die Möglichkeit positiver Bewältigungen lassen fortan den erniedrigten und verkümmerten Leib nur noch eine heillose Welt erschließen. Es bleiben Angst, Krankheits- und Erniedrigungsfürchtungen, „wahnhaft“ Einstellungen, z. B. wenn ein jetzt 50jähriger ehemaliger Verfolgter nur noch mit einem Stück Brot in der Hand ohne Furcht einschlafen kann.

E. WIESENHÜTTER (Würzburg)^{oo}

W. Greve und H. Ruffin: Erfahrungen bei der Begutachtung von Verfolgten. [Univ.-Nervenklin., Freiburg i. Br.] Jb. Psychol. Psychother. 11, 66—81 (1964).

Verff. diskutieren einleitend die traditionelle psychiatrische Beurteilung traumatischer Neurosen. Sie verweisen dann auf die während der letzten Jahrzehnte in Gang gekommene sozialmedizinische Umwertung des Neurosebegriffes und die Wandlungen in der Auslegungsweise des Ursachenbegriffes bei erlebnisreaktiven Fehlentwicklungen. Im Hinblick auf schizophrene Psychosen wird angeführt, daß es günstige und ungünstige Welt- und Umweltbezüge gibt, die dem Manifestwerden sowie der Ausgestaltung einer Schizophrenie förderlich oder hemmend sein können. Diese Auffassung gilt besonders für die in neuerer Zeit stärker beachteten schizophrenähnlichen Psychosen. In bezug auf depressive Verfassung jedweder Genese hat die neuere Forschung die Mannigfaltigkeit der ätiologischen und psychologischen Bezüge sehen gelehrt. Verff. stellen Daten über 140 begutachtete Verfolgte zusammen, die in der Zeit von 1956—1961 beurteilt wurden. 85 der 140 Antragsteller konnten persönlich untersucht werden. Unter den Begutachtungsfällen überwogen jüdische Verfolgte. Von insgesamt 135 Fällen wurden in 102 Fällen die Zusammenhänge von gesundheitlichen Schäden mit der Verfolgung bejaht. Bei 4 Schizophrenen wurde in einem Falle die vorzeitige Verschlimmerung eines anlagebedingten Leidens durch Verfolgungseinflüsse angenommen. Bei 9 Cyclothymien wurde in 7 Fällen ein Verfolgungszusammenhang anerkannt. Bei 81 Begutachteten bestanden depressiv gefärbte Bilder mit Angst, Versagen, Hypochondrie und Apathie. Davon waren bei 34 Personen verfolgungsbabhängige cerebral organische Schädigungen anzunehmen. Bei 5 luftencephalographierten Patienten ergaben sich in allen Fällen eindeutig verwertbare Ventrikelerweiterungen und rindenatrophische Veränderungen. Bei 38 Patienten wurde die Diagnose einer chronischen reaktiven Depression im Verfolgungszusammenhang gestellt. Die depressive Symptomatik dieser Patienten manifestierte sich häufig erst 3—4 Jahre nach der Verfolgung zum Vollbild. Zur Begründung hierfür wird das Eingenommensein durch rein körperliche Folgeerscheinungen der Haftzeit und die mangelnde Beachtung seelischer Symptome durch die Verfolgten angeführt. Weiterhin konnte auch das Ausmaß der Entwurzelung erst allmählich in seiner Totalität erfaßt werden. Es wurden auch Verfolgte beobachtet, die ohne protektive mehrjährige DP-Lagerphase eine chronisch depressive Verfassung entwickelten. Die positiven oder negativen Rehabilitationsmöglichkeiten sollen demnach für die Entstehung der chronischen reaktiven Depressionen nicht

allein ausschlaggebend sein, aber unter Umständen den Manifestationszeitpunkt bestimmen. Insbesondere wird für die Psychodynamik chronischer Depressionen auf das sozio-kulturelle Gefälle zwischen Herkunfts- und Einwanderungsland hingewiesen. In einigen Fällen wurden chronische reaktive Depressionen auch bei ehemaligen aktiven Widerstandskämpfern gesehen. Auf die Schwierigkeiten einer psychopathologischen Abgrenzung zwischen chronisch reaktiven Depressionen und angstneurotischen Fehlentwicklungen wird hingewiesen. Eine stärker neurotisch betonte Symptomatik ist bei jugendlichen Verfolgten zu erwarten. Bei den im mittleren Lebensalter Verfolgten lag überwiegend ein Bild mit chronischem Versagen und Asthenisierung vor. Die gegenüber dem allgemeinen Versorgungsrecht andersartigen Bestimmungen des Bundesentschädigungsgesetzes erfordern gerade für die psychiatrische Begutachtung besondere Beachtung.

K. P. KISKER (Heidelberg)°°

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

- Gerhard Kujath: **Jugendpsychiatrische Diagnostik und Begutachtung. Ein Grundriß.** 3., neubearb. u. erw. Aufl. Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1964. 362 S. u. 7 Abb. Geb. DM 32.70.

José F. Capelli: **La teoria del reconocimiento de los delirios de imaginación.** [Hosp. Nac. Neuropsiquiat., Buenos Aires.] Arch. Crimin. Neuropsiq. 11, 288—300 (1963). D. Eutizi: **Il problema dell'intelligenza nella pratica psichiatrica.** [Osp. Psichiat. "F. Roncati", Bologna.] Note Psichiat. (Pesaro) 53, 233—259 (1962).

C. Romano e A. Paolella: **Il test di Rorschach nelle sindromi depressive.** [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Napoli.] Salernum (Pompei) 5, 2—23 (1962).

J. A. Schneider: **Der Lüscher-Farbttest in der ärztlichen Praxis.** [Inn. Abt., Städt. Humboldt-Krankenh., Berlin-Reinickendorf.] Med. Klin. 59, 1127—1129 (1964).

Im Laufe von 4 Jahren führte Verf. 1000 Farbtests bei Kranken und Gesunden durch (700 klinische und 300 Schnelltests). Die theoretischen Grundlagen, Aufbau und Auswertungsverfahren des Lüscher-Tests werden dargelegt. Die Untersuchungsmethode gibt keine Aufschlüsse über die Intelligenz der Probanden, die wesentlichen Aussagen beziehen sich auf das emotionelle Gebiet, die Farbwahlen waren relativ instabil, Aussagewert und Treffsicherheit des Tests sind begrenzt, Verf. schätzt sie auf etwa 50%. Wiederholte Untersuchungen im Sinne eines Längsschnitts können die Ergebnisse verbessern. Zu Recht warnt der Autor davor, einen psychologischen Test als alleinige Informationsquelle zu benutzen, die vertiefte psychiatrische Exploration hat gegenüber allen psychotechnischen Methoden absolute Priorität. G. MöLLHOFF (Heidelberg)

W. Winkler: **Über die Verfassungswidrigkeit psychologischer Analysen und charakterologischer Tests.** Psychol. u. Prax. 8, 73—76 (1964).

Verf. setzt sich, angeregt durch das „Bremer Urteil“ (ergangen durch das Bremer Oberverwaltungsgericht am 6. 11. 62), dessen Inhalt in Fachkreisen inzwischen als bekannt vorausgesetzt werden kann, mit Aufgaben und Grenzen der Tätigkeit eines Sachverständigen auf verkehrs-psychologischem Gebiet auseinander und beruft sich bei seinen nur stichwortartigen Aufzeichnungen dazu auf verkehrsrechtliche Darlegungen. E. SACHSE (Mainz)

Edmund H. Schwenk: **Freispruch Unschuldiger wegen Zurechnungsunfähigkeit.** Neue jur. Wschr. 17, 1455—1458 (1964).

Verf. macht „schwerwiegende grundsätzliche, vor allem verfassungsrechtliche und materiell-rechtliche Bedenken“ gegen die Entscheidung des BGH geltend, wonach die Freisprechung wegen Zurechnungsunfähigkeit unanfechtbar ist (BGHSt. 16, 374 = NJW 62, 404).

GÜNTHER BRÜCKNER (Heidelberg)

Nikola Schipkowensky: **Epilepsie und Zurechnungsfähigkeit.** Mschr. Krim. Strafrechtsref. 46, 241—250 (1963).

Nach historischer Einleitung über die Anschauungen und Auswirkungen hinsichtlich der Zurechnungsunfähigkeit von Geisteskranken zeigt der Verf. die oft diametral auseinandergehenden Auffassungen verschiedener Autoren über den kriminogenen Wert und die kriminal-psychologische Bedeutung der Epilepsie auf und reicht — letztlich ohne Erklärung oder Stellung-