

**Bl. Bugyi: Einfaches Verfahren zur Berechnung der Körperhöhe beim Knochenmaterial von Kindern und Jugendlichen.** [Ganz-Mavag-Poliklin., Budapest.] *Bio-metr. Z.* 7, 73—77 (1965).

Durch ausgedehnte Röntgenuntersuchungen in Krankenhäusern in Budapest (1160 Knaben, 1140 Mädchen) wurde festgestellt, daß sich die Epiphysen-Knochen und -Knorpel in der Zeit vom 6. bis zum 9. Lebensjahr in ihrer Längenausdehnung so gut wie nicht verändern. Verf. hat sich für berechtigt gehalten, für die Berechnung der Körperhöhe aus Knochenmaterial von Kindern und Jugendlichen folgende Gleichungen aufzustellen: 1. Körperhöhe in cm = 2,75 Länge des Humerus in cm + 80. 2. Körperhöhe in cm = 1,96 Länge des Femurs in cm + 82. 3. Gesamtlänge des Röhrenknochens = Länge der Diaphyse des Knochens + Länge der proximalen Epiphyse + Länge des proximalen Epiphysenknorpels + Länge der distalen Epiphyse + Länge des distalen Epiphysenknorpels. 4. Gesamtlänge des Humerus in cm = Länge der Diaphyse des Humerus in cm + Konstante. Konstante bei Knaben 2,3 cm, bei Mädchen 2,5 cm. 5. Gesamtlänge des Femurs in cm = Länge der Diaphyse des Femurs in cm + Konstante. Konstante bei Knaben 4,3 cm, bei Mädchen 4,7 cm. Es wird zweckmäßig sein, die Brauchbarkeit der angegebenen Formeln für die Praxis bei Gelegenheit nach Durcharbeitung des Originals zu überprüfen (Ref.).

B. MUELLER (Heidelberg)

**Adolf Schöntag: Aussage- und Beweiswert spurenkundlicher Untersuchungsergebnisse, insbesondere des Materialvergleichs.** [Bay. Land.-Kriminal-Amt, München.] *Arch. Kriminol.* 135, XVIII—XX (1965).

Hochempfindliche Nachweisverfahren, etwa die Neutronenaktivierungsanalyse oder die Röntgenfluoreszenzspektrometrie verbessern den Elementarnachweis bei Spurenuntersuchungen.

Gg. SCHMIDT (Tübingen)

**D. Denton: Attenuated total reflection (ATR) infrared spectra. Some applications in forensic science.** [Home office Forens. Sci. Labor., Gosforth, Newcastle upon Tyne.] *J. forens. Sci. Soc.* 5, 112—115 (1965).

**Berthold Mueller: Die Stellung der naturwissenschaftlichen Kriminalistik in Deutschland.** [Inst. f. gerichtl. Med., Univ., Heidelberg.] *Arch. Kriminol.* 135, IX—XI (1965).

Die vielschichtigen Probleme der naturwissenschaftlichen Kriminalistik werden aus dem Blickwinkel des Gerichtsmediziners beleuchtet und die historischen Verdienste der in dieser Richtung tätigen Fachkollegen gewürdigt. Dem Archiv für Kriminologie und seinen Herausgebern gebührt Dank für die Publikation einschlägiger Arbeiten, wodurch die Entwicklung des Sachgebietes außerordentlich gefördert wurde.

Gg. SCHMIDT (Tübingen)

**N. C. Jain, C. R. Fontan and P. L. Kirk: Identification of paints by pyrolysis-gas chromatography.** (Identifizierung von Farben und Lacken durch Pyrolyse-Gaschromatographie.) [School of Criminol., Univ. of California, Berkeley.] *J. forens. Sci. Soc.* 5, 102—109 (1965).

Es wurden 34 Lacke, 3 Kunststoffe und 4 trocknende Öle untersucht. Die einzelnen Bestandteile (Glyceride, Melamine, Styrol, Nitrocellulose) gaben typische Peaks, die auch bei aus mehreren Komponenten zusammengesetzten Lacken auftraten. Es werden typische Sphärogramme gezeigt. In der Regel wurde ein 3—4 mm langes Stück des Anstrichs von der Breite eines Fadens untersucht.

G. HAUCK (Freiburg i. Br.)

## Versicherungs- und Arbeitsmedizin

**T. Strasser: Die Sozialversicherungseinrichtungen in Jugoslawien.** [8. Fortbild.-Kurs f. Soz.-Med. Begutachtungsk. f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 21.—23. X. 1964.] *Med. Sachverständige* 61, 183—185 (1965).

**R. Hild: Die Begutachtung der Angiopathia diabetica im Sozialgerichtsverfahren.** [8. Fortbild.-Kurs f. Soz.-Med. Begutachtungsk. f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 21.—23. X. 1964.] *Med. Sachverständige* 61, 185—190 (1965).

**S. Speranza:** *Analisi delle cause di morte di un gruppo di invalidi ex lege.* (Analyse der Todesursachen bei einer Gruppe von Invalidenrentnern.) [Ist. Med. Legal. e Assicuraz., Univ., Napoli.] *Folia med.* (Napoli) 47, 1009—1016 (1964).

Die Todesursachen bei 206, von 1957—1962 verstorbenen Invalidenrentnern wurde zu 39,3% von Herz- und Gefäßleiden, zu 18,9% von bösartigen Geschwülsten und zu 14,6% von Erkrankungen der Atemungswege gestellt. Die vorangegangene Berufstätigkeit schien keine besonderen Einflüsse ausgeübt zu haben, abgesehen davon, daß die Neoplasien bei ehemaligen Industriearbeitern häufiger als bei ehemaligen Landarbeitern auftraten. G. GROSSER (Padua)

**Franz Baumeier:** *Die Neurose als Krankheit in der Krankenversicherung.* [Inst. f. Psychogene Erkrankg. d. AOK, Berlin.] *Med. Sachverständige* 61, 148—151 (1965).

30—40% der Klientel des praktischen Arztes leiden unter psychogenen Erkrankungen, „neurotischen Fehlhaltungen“. In der Krankenversicherung (KV) sind derartige Störungen überwiegend wohl wegen der begleitenden somatischen „Außensymptomatik“ meist als krankheitswertig eingestuft worden. Psychotherapie ist, zumal sie diese Gesundheitsstörungen kausal zu beheben vermag, zweifelsfrei als „ausreichend und zweckmäßig“ im Sinne der KV anzusehen. — die Kassenwirtschaftlichkeit der Methode wird durch zahlreiche in- und ausländische Erhebungen belegt. B. verweist hier auf die katamnestischen Erhebungen von Frau A. DÜHRSEN, die in 1000 Fällen sehr gute und gute Erfolge zu je 40% und nur in 13% Rückfälle zeigten. Besonders eindrucksvoll war das Absinken der Krankenhausaufenthaltsdauer in den der Behandlung folgenden Jahren, die auf weniger als die Hälfte vergleichbarer anderer Versicherter absank. Voraussetzung jeder erfolgreichen psychotherapeutischen Arbeit sind, neben einer angemessenen Qualifikation des Behandlers klare Indikation und Prognosestellung, Gesundungswille und Mitarbeit des Patienten sowie ein gewisser Leiddruck. — Für die Belange der KV sollte man die prognostisch ungünstigen, schweren Neurosen ebenso ausscheiden, wie Fälle mit final, auf einen materiellen Krankheitsgewinn, ausgerichteten Ansätzen (sog. „Rentenneurotiker“) Ausnahmen will Verf. aus vitaler Indikation bei drohender Suicidgefahr und jugendlichen Patienten gelten lassen, die ohne Psychotherapie im weiteren Leben zu scheitern drohen. B. vertritt auch an seinem Institut die bekannte These S. FREUNDS, daß der Neurotiker arbeiten solle, hiervon nimmt er individuell nur gewisse Formen der Zwangsneurosen, sowie solche Arbeiter aus, die in ihrem Beruf absturzgefährdet sind und unter psychogenem Schwindel leiden.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

**U. Lampert:** *Unfallvoraussetzung, Unfallursache und der Sicherheitsbeauftragte.* [Abt. Sicherheitsüberwachtg., Farbwerke Hoechst AG, Frankfurt/M.-Höchst.] *Zbl. Arbeitsmed.* 15, 104—107 (1965).

Will man in das Unfallgeschehen eingreifen und eine erfolgreiche Unfallbekämpfung durchführen, so muß man an die Klärung der beiden Faktoren Unfallvoraussetzung und Unfallursache denken. Die Unfallvoraussetzungen können technischer oder organisatorischer Art sein und durch entsprechende technische Maßnahmen beseitigt oder durch Organisation (Betriebsvorschriften — Anweisungen etc.) ausgeschaltet werden. Technische Unfallvoraussetzungen sind z. B. fehlende, schadhafte Schutzzeim- oder -ausrüstungen, gefährliche Apparatenaufstellungen, Mängel im Arbeits-, Materialfluß, Transport und Beleuchtung; organisatorische Voraussetzungen sind z. B.: Zurverfügungstellung nicht geeigneter Arbeitsschutzmittel, Aufsichtsmängel, unklare Anweisungen, fehlerhafte Planung, Duldung betriebsüblicher Verstöße gegen die Unfallvorschriften etc. Alle diese Unfallvoraussetzungen und ihre Beseitigung liegen weitgehend im Zuständigkeitsbereich und in der Autorität des Unternehmers und seiner Vertreter, wobei der Sicherheitsbeauftragte wichtige Hilfsaufgaben (Erkennung und Beseitigung von Fehlstellen und Unfallquellen etc.) zu erfüllen hat. Von der technischen Seite her ist eine perfekte Automatik, von der menschlichen Seite die Erziehung anzustreben. Erziehung zur Schaffung sicherer Maschinen und Apparate, Erziehung zur Herausgabe wohldurchdachter Arbeitsanweisungen und schließlich und endlich Erziehung der Menschen zu unfallsicherem, sicherheitsbewußtem Verhalten bei der Arbeit durch Vorbild und entsprechende Unterweisung. GEHRING (Mannheim)°°

**Belegärzte genießen keinen gesetzlichen Unfallversicherungsschutz.** Dtsch. med. Wschr. 90, 1064—1065 (1965).

Das Landessozialgericht Schleswig-Holstein bringt in der Begründung eines Urteils vom 21. 6. 63 (L3-U62/62) wichtige wohl für jeden Belegarzt grundsätzliche Ausführungen zum Begriff des Belegarztes und zum versicherungsfreien Belegarztverhältnis. Entschieden wurde

über die Ansprüche nach der RVO, ob ein versicherungspflichtiger Unfall vorliegt. Ein an einem Kreiskrankenhaus zugelassener Facharzt hatte an einem Sonntag durch Sturz in einen Aufzuchtschlach einen Unfall mit mehreren Verletzungen erlitten.  
SPANN

**Francesco Filauo: Alcuni aspetti valutativi medico-legali in tema di chirurgia plastica.** (Einige gerichtsmedizinische Aspekte zur plastischen Chirurgie.) [Ist. di Med. Leg. e delle Assicuraz., Univ., Genova.] Med. leg. (Genova) 12, 791—808 (1964).

Verf. berichtet über zwei Fälle, die nach Verletzung plastischen Operationen unterzogen wurden. Er geht des Näheren auf die Ziele der plastischen Eingriffe ein und kommt zu dem Ergebnis, daß heute die plastische Chirurgie in der Lage sei, erhebliche Verletzungsfolgen zu mindern. Dies habe eine erhebliche Bedeutung bei der Begutachtung von Unfallfolgen in sozial- und versicherungsmedizinischer Sicht.  
GREINER (Duisburg)

**K. H. Heuer: Der Gutachter als Gehilfe des Gerichts bei der Bewertung der Minderung der Erwerbsfähigkeit.** Med. Klin. 60, 1333—1336 (1965).

Der für alle Sparten des Sozialrechts gemeinsame, haftungsbegründende Grundtatbestand ist die Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit. In der UV und der KOV erfolgt die prozentuale Einstufung entsprechend dem Integritätsverlust; in der RV der Arbeiter und Angestellten, wie auch im Lastenausgleichsrecht, orientiert sich die Bewertung an den einschlägigen gesetzlichen Begriffsdefinitionen, etwa der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. Es wird oft übersehen, daß diese rechtlichen Begriffe gemischte Komplexe sind, die neben medizinischen auch außermedizinische Tatbestände, etwa technischer, soziologischer und berufskundlicher Art beinhalten, die gleichermaßen Bewertung finden müssen. Für den Gutachter kommt es auf eine genaue Darstellung der medizinisch relevanten Fakten, also des Funktionsausfalles und des verbliebenen Leistungsvermögens an, hierbei ist die Gesamtpersönlichkeit angemessen zu berücksichtigen. Der Arzt hat das Leistungsbild des Versicherten aus seiner Sicht darzustellen und damit die Frage nach dem ersten Tatbestandsmerkmal zu beantworten. Über die medizinische Beurteilung wird sich ein Sozialgericht nicht ohne wohlerrungene und stichhaltige Gründe hinwegsetzen und eigene Auffassungen an dessen Stelle vertreten, ohne das Recht zu verletzen (vgl. § 128 SGG, BSGE Bd. 6, 267). Der Gutachter sollte sich mit der Beurteilung aller übrigen Fragen (Verweisbarkeit Wirtschaftsstruktur, Verkehrsfragen, Berufskunde, besondere berufliche Betroffenheit), die seine Sachkunde in aller Regel überfordern, nicht beschweren und deren Beantwortung dem Gericht überlassen.  
G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

**Piero Fucci, Alessandro Chini e Mario Tellini: L'importanza medico-legale dell'esame spirografico nei traumatizzati del torace.** (Die gerichtsmedizinische Bedeutung spirographischer Untersuchungen nach Thoraxverletzungen.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Roma.] Zacchia 39, 57—83 (1964).

Auf Grund der Ergebnisse der spirographischen Untersuchungen bei 180 Thoraxverletzten, die meist längere Zeit nach dem Unfallgeschehen durchgeführt wurden, kommen Verf. zu dem Schluß, daß die Spirographie als wertvolle Methode zur Beantwortung sozialmedizinischer Fragestellungen in einschlägigen Fällen gute Dienste leistet. Es gelang ihnen, in 24% der Fälle eine respiratorische Schädigung zu objektivieren, wobei in 17% restriktive Syndrome mit der Tendenz zu fortschreitender Besserung, bzw. völliger Ausheilung gefunden wurden, während bei 3% der Untersuchten ein obstruktives Syndrom nachzuweisen war. 4% der Patienten zeigte nur eine Minderung der funktionellen Restkapazität und des respiratorischen Reservevolumens, die sich konstant hielten. Auch gelang es mit Hilfe der Spirographie, den Parietalschmerz im Rahmen des restriktiven Syndroms bei negativem klinisch-röntgenologischen Befund zu verifizieren.  
JAKOB (Coburg)

**P. L. Fovino e G. Soave: Distacchi e fratture dell'epitroclea. (Considerazioni cliniche e medico-legali.)** (Abriß und Brüche der Epitrochlea [klinische und gerichtsärztliche Betrachtungen].) [Clin. Ortop. e Rep. Traumatol., Osp. S. Martino, Univ., Genova.] Med. leg. (Genova) 12, 761—789 (1964).

28 Fälle, davon 19 mit unvollkommenen Bruch (Abriß) der Epitrochlea. Mit der in 15 Fällen durchgeführten, unblutigen Behandlung wurden 9mal gute, 5mal mittelmäßige und einmal schlechte funktionelle Erfolge erzielt; die blutige Behandlung ergab 6mal gute, funktionelle

Erfolge, 5mal mittelmäßige und 2mal schlechte Erfolge. Prozentsätze der MdE werden nicht angegeben.

G. GROSSER (Padua).

**R. Royo-Villanova et J. Portugal Alvarez: Syringomyélie et traumatisme.** (Syringomyelie und Verletzung.) [Esc. de Med. Leg., Madrid.] Ann. Méd. lég. 45, 135—140 (1965).

Nach kurzer Besprechung der Literatur und Ausführungen zur Ätiologie und Pathogenese der Syringomyelie wird das Syringomyelie-Syndrom traumatischen Ursprungs beschrieben. Es werden zwei Wege der Pathogenese unterschieden: 1. Eine Hämatomyelie mit *restitutio ad integrum* oder mit anschließender Höhlenbildung; 2. Traumen mit histologisch latent entstehenden Veränderungen, die nach vertebralen und paravertebralen Verletzungen sicher nachgewiesen wurden. Verf. vertreten die Auffassung, daß es schwer, wenn nicht unmöglich ist, den Kausalzusammenhang zwischen einem Trauma und Syringomyelie bei vorher völlig gesundem Rückenmark einwandfrei nachzuweisen.

H. SCHWETZER (Düsseldorf)

**H. U. Drossel: Zur Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen wehrdienst-eigentümlichen Einflüssen und dem Selbstmord eines Soldaten.** Urteil des BSG vom 21. Juli 1964—8/11 RV 496/62. Med. Sachverständige 61, 191—192 (1965).

Der Verstorbene war wegen mehrerer Körperfehler von 1941—1944 av. bzw. gv.-Heimat beurteilt und bei einem Wehrbezirkskommando im Bürodienst verwendet worden. Nachdem er bei mehreren Nachuntersuchungen als bedingt *kv.* bezeichnet worden war, erfolgte seine Versetzung zu einem Ersatztruppenteil, der ihn schließlich ab 13. Oktober 1944 zu einer Marschkompanie abstellte. 3 Wochen später wurde der Soldat aus unbekannten Gründen revierkrank geschrieben, nach weiteren 20 Tagen beging er Selbstmord. Das BSG kam, unter Würdigung der im Rechtsstreit vorgetragenen Ansichten und eines psychiatrischen Gutachtens zu der Auffassung, daß sich der Verstorbene zum Zeitpunkt des Selbstmordes im Zustande eines „prä-suicidalen Syndroms“ befunden habe; die subjektive Ausweglosigkeit der Situation und irrealen Vorstellungsinhalte hätten die freie Selbstbestimmung aufgehoben und den Einsatz vorhandenen Willens nicht mehr ermöglicht. — Besondere Bedeutung wurde der Abstellung zur Truppe und den Hänseleien durch Kameraden beigemessen, die ihn zu Unrecht als „geisteskrank“ bezeichnet hätten. Das Urteil folgt der einschlägigen bisherigen Rechtsprechung des BSG (vgl. BSG, Bd. 11, 50ff und insbesondere Urteil vom 20. 8. 63, 11 RV 808/61), gegen die in letzter Zeit wiederholt Einwände geltend gemacht wurden (s. z. B. G. HENNIES, Med. Sachverst. 60, 71 (1964).

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

**G. Scheele: Geschwulst und Wehrdienstbeschädigung.** [Inst. f. Wehrmed. u. Hyg., Labor.-Abt. Path. u. Histol., Koblenz.] Wehrmed. Mschr. 9, 141—147 (1965).

**Joachim Gerchow: Zum Problem der sog. alkoholbedingten Bewußtseinsstörung im Sinne von § 3 Ziffer 5 AUB.** [Inst. gerichtl. soz. Med., Univ., Frankfurt/M.] Blutalkohol 3, 113—123 (1965).

§ 3, Ziff. 5 der allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen schießt bekanntlich die Leistungspflicht der privaten Unfallversicherungsgesellschaften dann aus, wenn der Unfall die Folge einer Bewußtseinsstörung war. Wann bei einem unter Alkoholeinfluß stehendem Fahrer eine solche Bewußtseinsstörung vorliegt, darüber ist Schrifttum entstanden, das von Verf. in seiner Arbeit, die A. PONSOLD-Münster zum 65. Geburtstage gewidmet ist, kritisch ausgewertet wird. Verf. stimmt im ganzen der Entscheidung des BGH v. 24. 10. 55 (NJW 1956, 21) zu; danach liegt eine Bewußtseinsstörung schon vor „bei jeder krankhaften oder auf chemischer Einwirkung beruhenden ernstliche Beeinträchtigung der zur Vermeidung oder Abwehr von Gefahren unerlässlichen Teilfunktionen des Gehirns, die den Menschen bei normaler Verfassung befähigen, Sinnes-eindrücke schnell und genau zu erfassen, sie geistig zu verarbeiten und auf sie sofort richtig zu reagieren“. Eine solche Bewußtseinsstörung liegt schon bei einem Blutalkoholgehalt von 1,5‰ vor; Verf. schlägt auf Grund der neueren Forschung einem Wert von 1,2‰ vor, der in Zukunft auch absolute Fahruntüchtigkeit bedingen sollte. Eine solche Regelung mag allerdings bis zu einem gewissen Grade unfair sein, da der Versicherte beim Lesen der Bedingungen kaum auf den Gedanken kommen wird, daß ein unter Alkoholeinfluß entstandener Schaden nicht gedeckt ist. Verf. macht daher den Vorschlag, die Versicherungsgesellschaften mögen in die AUB etwa folgende Bestimmung aufnehmen: „Ausgeschlossen von der Versicherung sind fernerhin Unfälle infolge alkoholbedingter Fahruntüchtigkeit.“ Auch die Medikamentenwirkung soll man in die Bestimmungen aufnehmen.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Hanns-Jürgen Merté: Gewerblich bedingte Augenkrankheiten.** [Augenabt., Städt. Krankenh. r. d. Isar, München.] Med. Mschr. 19, 202—204 (1965).

**F. A. Schiechel: Lärm-Schädigungen des technischen Personals eines Heeresflugplatzes.** Zbl. Verkehrs-Med. 11, 65—68 (1965).

Verf. geht hier der Frage nach, welche Gehörschädigungen beim technischen Personal eines Flugplatzes auftreten, auf dem Flugzeuge mit Kolbenmotoren und Hubschrauber mit Turbinen-antrieb starten, landen und überholt werden. 195 Soldaten und Zivilangestellte, die mindestens  $\frac{1}{2}$  Jahr im technischen Dienst standen, wurden mit dem Atlas Audiometer EM 42 untersucht und dabei folgende Ergebnisse erzielt. 51,6% der untersuchten 20—30jährigen das sind 38,4% der Gesamtuntersuchten zeigten eine angedeutete Hörschädigung (bis 20 dB). Bei 17% aller Probanden das sind 25,5% aller 20—30jährigen bestand eine eindeutige C<sup>5</sup>-Senke über 20—40 dB. In der Gruppe über 40 dB Geschädigten waren 13% der Gesamtuntersuchten, darunter 81% der über 51jährigen Personen. Auf Grund vorstehender Untersuchungsergebnisse vertritt Verf. die Meinung, daß die Lärmwirkung auf das jugendliche Ohr die Voraussetzung für eine spätere tiefere C<sup>5</sup>-Senke abgibt, die noch nicht unbedingt zu einer Schädigung des sozialen Gehörs führen muß. Über zwei Drittel aller über 50jährigen des technischen Personals müssen bei jahrelangen Lärmeinwirkungen mit einem schweren Gehörschaden in den oberen Gehörfrequenzen rechnen. Präventivmaßnahmen zur Vermeidung von Gehörstörungen werden für notwendig erachtet. 2 Tabellen veranschaulichen den Text. KREFFT (Fürstenfeldbruck)

**H. H. Martens: Zum Recht der Berufskrankheiten. I.** Med. Klin. 60, 1475—1477 (1965).

Seit 1925 sind in Deutschland Berufskrankheiten (BK) dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung unterstellt. BK sind aber nur die durch Verordnung ausdrücklich bezeichneten sog. Listenkrankheiten. Neu ist nach § 551 Abs. 2 RVO, daß die Versicherungsträger im Einzelfalle eine Krankheit auch wenn sie nicht in der Rechtsverordnung bezeichnet ist wie eine BK entschädigen sollen, sofern nach neuen Erkenntnissen die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind. SPANN (München)

**RVO a. F. §§ 542, 545, 555, 586 (Hinterbliebenenrente nach Tod durch Berufskrankheit und nicht berufsbedingtes Leiden).** a) Haben eine Berufskrankheit (ein Arbeitsunfall) und ein anderes Leiden den Tod des Versicherten gemeinsam verursacht, so besteht Anspruch auf Hinterbliebenenrente, wenn die Berufskrankheit (der Arbeitsunfall) den Tod des Versicherten in einem zumindest nicht unerheblichen Maße mitverursacht hat, ohne daß es darauf ankommt, ob und gegebenenfalls zu welchem Zeitpunkt die Berufskrankheit (der Arbeitsunfall) oder das andere Leiden für sich allein den Tod herbeigeführt haben würde. In solchen Fällen ist die Berufskrankheit (der Arbeitsunfall) als rechtlich wesentliche Teilursache anzusehen. b) Unberührt bleibt die ständige Rechtsprechung des RVA und des BSG, nach welcher in Fällen, in denen die Berufskrankheit (der Arbeitsunfall) den Tod des Versicherten nur unerheblich mitverursacht hat, Anspruch auf Hinterbliebenenrente dennoch besteht, wenn festgestellt werden kann, daß die Berufskrankheit (der Arbeitsunfall) für sich allein das Leben des Versicherten wenigstens um ein Jahr verkürzt hat. [BSG, Urt. v. 14. 1. 1965—5 RKn 57/60 (Essen).] Neue jur. Wschr. 18, 933—934 (1965).

Ausführliche Darstellung der Entscheidungsgründe, die im Original nachzulesen ist.

SPANN (München)

**F. Schmidt: Zur Berufsunfähigkeit im Sinne der Rentenversicherung der Arbeiter nach dem Gesetz zur Neuregelung des Rechts der Rentenversicherung der Arbeiter vom 23. 2. 1957.** Öff. Gesundh.-Dienst 27, 272—275 (1965).

Die Begriffe der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit (vgl. §§ 1246 bzw. 1247 RVO n.F.), werden in ihrer versicherungsrechtlichen und medizinischen Bedeutung dargestellt, besonderer Wert wird dabei auf die Exegese gelegt. Die höchstichterliche Rechtsprechung zu diesem Fragenkomplex wird bis 1959/60 berücksichtigt. Neuere Entscheidungen des BSG, etwa zu Bewertung

psychoreaktiver Störungen, der Verweisbarkeit von Hilfs- und Facharbeitern, wie auch die nähere Abgrenzung des Erwerbsunfähigkeitsbegriffes sind noch nicht mit erfaßt.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

**Arnold Gysin: Die Invalidität in der Sozialversicherung.** [Eidgenössisches Versich.-Gericht, Luzern.] [Z. Unfallmed. Berufskr. 58, 29—41 (1965).]

Im Zusammenhang mit der Einführung und Organisation des jüngsten Zweiges der schweizerischen Sozialversicherung, nämlich der Invalidenversicherung (IV), wird die kritische Überprüfung verschiedener Begriffe und Definitionen notwendig. Der Verf. unterzieht sich dieser Aufgabe, unter Berücksichtigung historischer Entwicklungen und unter Hinweis auf einschlägige Entschiede, in überlegener Weise. Im Vordergrund der Diskussion stehen die Begriffe der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit und der Invalidität. Zur Invalidität im Sinne der IV gehört zwar ebenfalls ein Gesundheitsschaden, aber kein privilegierter Kausalnexus. Der Begriff der Erwerbstätigkeit muß erweitert werden auf die Kategorie der Nichterwerbstätigen mit der Hauptgruppe der Hausfrauen. Charakteristisch für die IV sind Leistungen an Minderjährige jeden Alters, ferner die Gewährung aller zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen Maßnahmen, die Sonderschulung und die Eingliederung. Letzterer kommt die Priorität vor der Rente zu. Weitere Einzelheiten sind im Original nachzulesen. Wegen ihrer Eingliederungstendenz und wegen der Zusammensetzung ihrer Organe kann sich die schweizerische IV besser als die andern Versicherungstypen an die wirtschaftlichen Gegebenheiten anschließen.

SCHWARZ (Zürich)

**H. Gasteiger: Das primäre Glaukom in der Begutachtung.** [8. Jahreshauptvers., Österr. Ophth. Ges., Innsbruck, 24.—26. V. 1963.] Wien. med. Wschr. 115, 591—594 (1965).

Übersicht.

**P. Hülsmann: Wertung neurotischer Reaktionen im Rahmen eines ausreichenden Leistungsvermögens (AVAVG).** [8. Fortbild.-Kurs f. soz. med. Begutachtgsk. f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 21.—23. X. 1964.] Med. Sachverständige 61, 152—154 (1965).

Nach § 76,1 AVAVG. (1957) steht der Arbeitsvermittlung zur Verfügung, wer ernstlich arbeitsbereit ist, ein ausreichendes Leistungsvermögen aufweist und für eine Vermittlung in Betracht kommt — d. h. hieran nicht durch tatsächliche oder rechtliche Bindungen, etwa behördliche Verbote o. ä. gehindert wird. — Der Arbeitsmarkt ist räumlich durch den Geltungsbereich der AVAVG, fachlich durch die Berufszweige begrenzt, die für den Arbeitslosen in Betracht kommen. Der Arbeitssuchende muß instande sein, den üblichen Bedingungen, die ein durchschnittlicher Arbeitgeber stellt, gerecht zu werden. — Wer in seinen Fähigkeiten zur Arbeitsleistung durch psychoreaktive Störungen, charakterliche Abartigkeit oder pathologische Verhaltensweisen behindert ist, oder sie aktiv storniert, schließt sich aus dem Arbeitsmarktgeschehen und damit auch vom Genuß der wirtschaftlichen Leistungen nach dem AVAVG aus. Hilfen zur Wiedereingliederung können aber diesen Personen dennoch gewährt werden.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

**Karl Dirnagl: Gesundheitsschäden durch künstliche Raum-Ozonisierung?** [Med. u. Klimatol. Abt., Balneol. Inst., Univ., München.] Münch. med. Wschr. 107, 1414 bis 1419 (1965).

**Pierre Cavin: Exposé des rapporteurs. La notion d'invalidité en responsabilité civile.** (Der Invaliditätsbegriff im Haftpflichtrecht.) [50. Ass. Ann., Soc. Suisse de Méd., Lausanne, 9.—10. X. 1964.] Z. Unfallmed. Berufskr. 58, 17—23 (1965).

Der Invaliditätsbegriff der Schweizer Haftpflichtversicherung ist im Artikel 46 des „Code des obligations“ näher umschrieben, hiernach sind alle schädigungsbedingten Einbußen der körperlichen und seelischen Integrität mit der aus ihnen resultierenden Leistungsinderung im Erwerbsleben zu entschädigen. Die Grenzen sind dabei verhältnismäßig weit gezogen, vorauslaufende Schäden und schicksalsmäßige Beeinträchtigungen werden aber auch hier in Rechnung gesetzt. Die ärztliche Beurteilung erfolgt unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten, Statik oder Progredienz des jeweiligen Leidens finden dabei Berücksichtigung. Die versicherungsrechtliche Bewertung und die endgültige Festsetzung der Entschädigung erfolgt durch die Verwaltung oder im Rechtsstreit durch das Gericht. Die Adäquanztheorie hat in der Schweiz

in dieser Versicherungssparte keinen Eingang gefunden. Revisionen müssen nach geltendem Recht innerhalb von 2 Jahren entschieden werden; man zieht rasche und definitive Entscheidungen langen, wenn auch da und dort vielleicht prozessual und sachdienlicheren Vorgehen vor, um dem Versicherten nicht in eine Unentschiedenheit über Jahre hin zu lassen. Der Arzt ist somit oft gehalten, Prognosen zu stellen, die ihn gelegentlich überfordern, das wird auch von juristischer Seite nicht verkannt. — Allgemein gesehen wird mit diesem Vorgehen sicher erreicht, daß eine große Zahl richterlicher Entscheidungen, wie auch ärztlicher Beurteilungen rasch getroffen werden, die sonst einer größeren zeitlichen Verschiebung unterliegen würden.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

## **Psychiatrie und gerichtliche Psychologie**

**T. P. Pechernikova:** Some clinic and laboratory correlations in litigious paranoic status in psychopathic patients. Sudebnomed. eksp. (Mosk.) 8, 33—37 (1965) [Russisch].

**V. M. Shumakov:** Catamnestic study of schizophrenics having committed socially dangerous actions. (Die Resultate katamnestischer Überprüfungen bei Schizophrenen, die gesellschaftsgefährdende Handlungen begangen haben.) Sudebnomed. eksp. (Mosk.) 8, Nr. 1, 40—44 (1965) [Russisch].

Über einen Zeitraum bis zu 14 Jahren beobachtete Verf. Verhaltensweise und Handlungen von Schizophrenen (insbesondere die, die dem paranoiden Formenkreis angehörten). Die Patienten waren 35—55 Jahre alt. 102 von ihnen waren in häuslichen Verhältnissen, andere in der Klinik bzw. in geschlossenen Anstalten. 49% der zu Hause lebenden Kranken betrieben Alkoholabusus, bei 36% entwickelte sich der Abusus während der Geisteskrankheit, und nahm mit der Schwere der Krankheit an Ausmaß zu. Das Gefühl des „Alkoholkaters“ sei diesen Kranken fremd. — Bei der Alkoholentwöhnung ergaben sich große Schwierigkeiten bezüglich des sozialen Wiedereingliederns, soweit das die Grundkrankheit erlaubte. 85,7% zeigten wiederholte Rechtsbrüche, darunter 8,6% schwere Verbrechen. Die meisten Vergehen bestanden in rüpelhaften Handlungen (dadurch bedingt häufiger Wechsel des Arbeitsplatzes). — Zwei Drittel der wiederholten Rechtsbrüche wurden durchschnittlich in den ersten 7 Jahren der einzelnen Erkrankungsphasen begangen. Durch eine entsprechende Betreuung kann nach Ansicht des Autors die Häufigkeit der rechtserheblichen Handlungen bei den Kranken vermindert werden. BUNDSCHUB

**Gerhard Dahl:** Zur Bestimmung des pathologischen Intelligenzabbaus im HAWIE mit Hilfe des Abbauquotienten. [Psychiat. u. Neurol. Klin., Freie Univ., Berlin.] Psychol. Forsch. 28, 476—490 (1965).

**O. E. Freierov:** Concerning the responsibility-irresponsibility in psychopathies. Sudebnomed. eksp. (Mosk.) 8, 27—32 (1965) [Russisch].

**S. Yoshioka und K. Ichiba:** Ein Mörder aus Mordtrieb. [Psychiatr. Anst. Matsuzawa, Tokyo.] Acta Crim. Med. leg. jap. 31, 29—30 (1965).

Mißlungener Selbstmordversuch durch Einnahme von Schlafmitteln, Depression, nihilistisches Gefühl. Nach dem 4. Selbstmordversuch wurde eine Passantin, die dem Täter völlig unbekannt war, erstochen. Der Täter meinte, der Mord befreie ihn von einem unbestimmten Angstzustand. Verff. nehmen das Vorliegen einer Schizophrenie an. B. MUELLER (Heidelberg)

**Brian Clapham:** An interesting case of hypoglycaemia. (Ein interessanter Fall von Hypoglykämie.) Med.-leg. J. (Camb.) 33, 72—73 (1965).

Ein Jurist berichtet über einen Mann (Alter und Beruf nicht angegeben) der am 17. 4. 64 gegen 9,40 Uhr seine Frau durch mehrere Messerstiche getötet hatte. 2 Tage vor der Tat soll die Frau Trennungsabsichten geäußert haben. Nach dem Niederstechen der Frau fügte sich der Mann an beiden Handgelenken jeweils 6—7 Messerstiche zu. Ein Anfallsleiden war aus der Vorgeschichte nicht bekannt, der Täter konnte sich nachträglich an die Tat nicht mehr erinnern. Im Mai 1964 soll im sonst normalen EEG-Befund eine Veränderung aufgetreten sein, die auf morgendliche Phasen von Hypoglykämie hindeutete. Daraufhin mehrmals halbstündlich bestimmte Nüchtern-Blutzucker-Werte lagen mit 68 und 96 mg-% noch im Bereich der Norm. Mehrere Glucose-Toleranz-Teste im Juni 1964 zeigten sowohl normale als auch erniedrigte