

unter Umständen eine bestehende Herz- oder Coronarerkrankung erheblich beeinflussen könne, und daß deshalb der Arbeitsmediziner Coronarerkrankten besondere Beachtung schenken müsse.

GREINER (Duisburg)

**P. Fracchia e O. Girani: L'esplorazione funzionale respiratoria nei cardiopatici durante il lavoro muscolare.** (Die Untersuchung der Atemfunktion bei Herzkranken während körperlicher Arbeit.) [Ist. Clin. Med. Gen. e Ter. Med., Univ., Pavia.] Riv. Pat. Clin. 20, 1090—1110 (1965).

8 Pat. mit organischen Klappenfehlern luetischen Ursprungs, 8 Pat. mit organischen Klappenfehlern rheumatischen Ursprungs, 8 Pat. mit Myokard- und Coronarsklerose, 8 Pat. mit Herzerkrankungen auf hypertotonischer Basis, 8 Pat. mit Cor pulm. cr. und 2 Pat. mit angeborenen Herzfehlern wurden einer Atemfunktionsprüfung im Ruhezustand und nach zunehmender Belastung durch körperliche Arbeit unterzogen. Alle Patienten weisen schon im Ruhezustand eine Neigung zu einem größeren Verbrauch von  $O_2$  auf; das ventilatorische Äquivalent nimmt immer zu und zwar um so mehr, je höher die Hyperventilation im Ruhezustand ist. Während der körperlichen Arbeit nimmt die Lungenventilation ständig und oft verhältnismäßig in übermäßiger Weise zu, während der Sauerstoffverbrauch nur bis zu einem gewissen Punkt zunimmt; das hängt offensichtlich mit der verminderten Kreislaufgeschwindigkeit bei Herzkranken zusammen. Die Untersuchung bei Einatmen von Luft mit überschüssigem Sauerstoffgehalt ergab ein verschiedenartiges Verhalten: Die Patienten mit Linksinsuffizienz sind nicht imstande mehr Sauerstoff zu verbrauchen, während die anderen Patienten anfänglich einen höheren  $O_2$ -Verbrauch aufweisen. Der Grund ist auch hier in einer Verlangsamung der Kreislaufgeschwindigkeit zu suchen.

G. GROSSER (Padua)

## Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

● **Wilhelm Umbach: Elektrophysiologische und vegetative Phänomene bei stereotaktischen Hirnoperationen.** Mit einem Geleitwort von T. RIECHERT. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1966. VIII, 163 S. u. 54 Abb. Geb. DM 56.—.

Psychomotorische Anfälle sind zumeist auf corticale bzw. subcorticale Foci im Temporallappenbereich zurückzuführen. Bei Versagen der medikamentösen Therapie hatte man früher Exstirpationen dieser Region durchgeführt, die aber mit einem verhältnismäßig großem Risiko belastet waren. Seit 1954 werden an der Freiburger Neurochirurgischen Klinik (Th. RIECHERT) mit Hilfe stereotaktischer Methoden elektrische Ausschaltungen einzelner Hirnregionen, wie etwa im Stammhirnbereich bei Parkinsonsyndromen, mit überraschend gutem Erfolg durchgeführt. Elektrochirurgische Farnicotomien, die z.T. doppelseitig vorgenommen und durch Einbeziehung anderer Regionen, wie z.B. des C. amygdalae, ergänzt wurden, zeitigten bei 4 von 13 Fällen ein völliges Sistieren der bis dahin therapieresistenten Dämmerattacken, bei 11 Pat. traten keine generalisierten Anfälle mehr auf, in keinem Fall kam es zu einer Verschlechterung, Anzahl und Abläufe der Attacken verminderten bzw. milderten sich; auch in psychopathologischer Hinsicht war eine Besserung zu verzeichnen (Katamnesen von 18—24 Monaten). Gezielte, antikonvulsive Medikation war weiterhin erforderlich. — 3 Pat. verstarben später, darunter einer an einem erst später erkennbaren Zwischenhirngliom. Die Eingriffe erfolgen im limbischen System, das zusammen mit corticalen, vegetativen Repräsentationen wichtige Aufgaben für die viscerovegetativen Funktionen, wie auch Einflüsse auf das seelische Gleichgewicht ausübt. Störungen der Normalfunktionen geben Anlässe zur Entstehung der psychomotorischen Anfälle. Bei der Fornicotomie und Ausschaltung eines Teiles der Commissura anterior wird die Fortleitung von Systemkrämpfen im limbisch-temporalen System unterbrochen, dadurch werden die Dämmerattacken und vegetative Störungen gebessert, die Entwicklung generalisierter Krampfanfälle aus diesem Gebiet verhindert und Verhaltensstörungen der Pat. gemindert. Meist ist eine einseitige Farnicotomie für die Erreichung des angestrebten Ergebnisses ausreichend, gelegentlich werden das Amygdalum und die Lamella medialis thalami einbezogen; doppelseitige Eingriffe hatten nicht die Entwicklung eines Klüver-Bucy-Syndroms zur Folge. Elektrophysiologische Beobachtungen und Reizkontrollen wurden intra operationem mit unterschiedlichen Stromstärken und -frequenzen durchgeführt. Im limbischen System herrschen während der Dämmerattacken 5—7/sec Wellen bei raschen Entladungen vor, bei Massierung im Hippocampusgebiet sieht man klinisch vornehmlich Erregungszustände und paranoid-ängstliche Verstimmungen. Subcorticale, spontane und Elektrokrämpfe manifestieren

sich im EEG mit Desynchronisation, das psychopathologische Korrelat ist eine Einengung der Aufmerksamkeit, die Pat. bleiben jedoch aus den traumatischen Vorstellungen erweckbar. Bei Mitentladungen des Cortex sind die Verwirrheitszustände ausgeprägter, es kommt dann auch zu motorischen Automatismen und Störungen des Umweltbezuges. Generalisierten Elektrokrämpfen entspricht klinisch ein Grand-mal Bild. Einzelreize, etwa 4—8 sec, ergaben recruiting-ähnliche Potentiale in den limbischen und vorderen thalamischen Strukturen; langsame und schwache Reize (21 im Fornix, 9 zusätzliche im Hippocampus, 8 im Amygdalum) zeitigten traumatische Bewußtseinseingengungen und Verwirrtheit, im EEG kam eine Synchronisation zur Darstellung. Bei starken, hochfrequenten Reizen und auch bei der Coagulation wurden subjektiv unangenehme Erregungs- und Angstzustände, z.T. auch paranoide Erlebnissvollzüge beobachtet; im EEG manifestierte sich eine Desynchronisation. Bei kurzen Reizen war die Atmung leicht beschleunigt, während krampfähnlicher Abläufe trat expiratorische Dyspnoe auf. Elektrostimulationen führten zu vegetativen Umstellungen von ergotroper Prägung, die nach der Ausschaltung, ebenso wie die subjektiven Sensationen, nicht mehr zu reproduzieren waren. Die Arbeit ist durch zahlreiche Abbildungen, Operationsphotos und Ausschnitte aus Hirnstromkurven ergänzt, die Zusammenfassungen der einzelnen Kapitel und die Legenden sind ins Englische übersetzt.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

**Nigel Walker: Psychopathy in law and logic.** (Psychopathie im Gesetz und in der Logik.) [Nuffield Coll., Oxford.] Med. Sci. Law 5, 3—18 (1965).

Das heutige Strafrecht sieht 3 Wege vor, um geistige Abnormitäten des Delinquenten Rechnung zu tragen. Geldtendmachung von Geisteskrankheit und Geldtendmachung von verminderter Zurechnungsfähigkeit. Durch die Anwendung dieser beiden Weisen von Verteidigung wird das Urteil beeinflusst. Während des letzten halben Jahrhunderts ist eine ganz neue Methode zur Berücksichtigung der geistigen Abnormalität des Delinquenten entwickelt worden. Diese Gesichtspunkte werden erst nach der Urteilsfindung zur Kenntnis des Gerichts gebracht. Wodurch es dem Gericht ermöglicht wird, Hospitalisierung, Bevormundung oder psychiatrische Behandlung anzuordnen. Man kann sie als Anordnungsmaßnahmen den speziellen Verteidigungen Geisteskrankheit, verminderte Zurechnungsfähigkeit) gegenüberstellen. Außerdem können Haftlinge, die in Untersuchungshaft sind oder eine Haft verbüßen, bei schweren Störungen in psychiatrische Hospitäler überwiesen werden. Die Anordnungsmaßnahmen spielen — zahlenmäßig gesehen — eine weitaus größere Rolle als die speziellen Verteidigungen. Durch die Anordnungsmaßnahmen wurde — historisch gesehen — zuerst den Anforderungen der Psychopathen entsprochen. Der erste Versuch, psychopathische Persönlichkeiten zu definieren und bei ihnen andere als Strafmaßnahmen anzuwenden, wurde im Jahre 1913 gemacht. Wobei zunächst Idiotie, Imbezillität, Schwachsinn und moralischer Schwachsinn berücksichtigt wurden. Allerdings wurden die Maßnahmen dadurch eingeengt, daß die Störungen vom frühesten Alter bestanden haben mußten und daß die Maßnahmen erst ergriffen werden konnten, wenn sich die Strafmaßnahmen als unwirksam erwiesen hatten. Diese Schwierigkeiten wurden 1957 beseitigt, wo in einem Akt erklärt wurde, daß geistiger Defekt ein Zustand von Entwicklungsstörung bis zum Alter von 18 Jahren ist, die angeboren ist oder durch Krankheit oder Unfall bedingt ist. Moralisch imbezill waren Personen, bei denen der geistige Defekt verbunden war mit ausgesprochener Lasterhaftigkeit oder kriminellen Neigungen, durch die diese Personen gemeingefährlich wurden. Allerdings neigten die meisten Ärzte dazu, diese Diagnose von moralischer Imbezillität nur zu stellen, wenn die moralische Imbezillität verknüpft war mit einer Einschränkung der Intelligenz. 1959 wurde der Ausdruck moralische Imbezillität dann durch den Ausdruck Psychopathie ersetzt. Derartige Personen konnten durch Zivilmaßnahmen und im Verlauf einer Strafverfolgung hospitalisiert oder bevormundet werden. In den Jahren 1961 und 1962 wurden 173 Delinquenten als Psychopathen diagnostiziert. Bei 56 weiteren Delinquenten wurde das Vorliegen von Psychopathie kombiniert mit Geisteskrankheit und bei 39 Psychopathie kombiniert mit Unternormalität festgestellt. — Inzwischen wurde 1948 eine neue Anordnungsmaßnahme eingeführt, durch die der Strafvollzug, unter der Voraussetzung der Durchführung psychiatrischer Behandlung, auf Bewährung ausgesetzt wurde. — Durch diese Maßnahme konnte für 1—3 Jahre Bewährung angeordnet werden, wobei jedoch die Auflage für medizinische Behandlung nur für die ersten 12 Monate gemacht werden konnte. — In GRÜNHUTS Studie über diese Maßnahme konnte nachgewiesen werden, daß es sich bei einem großen Teil der Personen, bei denen diese Maßnahme angewandt wurde, um Psychopathen handelt. — Unter 414 Fällen wurden 154 als psychopathische Persönlichkeiten eingeordnet. Bei der speziellen Verteidigung konnte ab 1957 zwar das Vorliegen von Psychopathie als Grund zur Anerkennung von verminderter Zurech-

nungsfähigkeit vorgebracht werden, hatte jedoch wenig Aussicht auf Erfolg. Es wurde von dem Verf. bei der Erörterung einiger logischer Aspekte der Psychopathie darauf hingewiesen, daß bei den speziellen Verteidigungen mehr der Zustand des Täters zur Zeit der Tat berücksichtigt wird, während bei den Anordnungsmaßnahmen mehr die Aussichten auf die günstige Beeinflussung des Täters für die Zukunft in Erwägung gezogen werden. Auf die Schwierigkeiten, die sich bei der Berücksichtigung des Vorliegens von Psychopathie bei der speziellen Verteidigung wie bei den Anordnungsmaßnahmen ergeben, wird hingewiesen. Wobei nicht nur die diagnostischen Schwierigkeiten erörtert werden, sondern auch rechtsphilosophische Gedankengänge Berücksichtigung finden.

FRIEDERIKE TROPP (Stuttgart)<sup>oo</sup>

**Tiziano Milano: La leucotomia nei suoi aspetti medico-legali.** (Die Leukotomie in ihren gerichtsmedizinischen Aspekten.) [Osp. Psichiat. Provinc. di Belluno, Feltre.] Riv. sper. Freniat. 65, 925—949 (1966).

Einem kurzen geschichtlichen Überblick über die operative Therapie von Geisteskrankheiten folgen neurochirurgische Überlegungen und ein Erfolgsbericht über 483 nach der transorbitalen Methode von FIAMBERTI operierte Fälle. In den anschließenden „gerichtsmedizinischen Überlegungen“ werden zahlreiche Autoren zitiert, deren Ansichten von Fortschrittsdrang bis zur polemischen Ablehnung reichen. Die Polemiken beziehen sich auf allzu operationsfreudige Chirurgen, die für alle späteren Zwischenfälle, wie z. B. Selbstbeschädigung des Pat. oder gar Selbstmord desselben, verantwortlich gemacht werden. Deshalb beschäftigt sich der Autor dann mit dem Problem des Mißbrauches, das besonders in anderen Ländern (als in Italien) und zwar vorzugsweise in Amerika, aber auch im Rahmen der Medizinisch-psychologischen Gesellschaft in Paris, abgehandelt wurde. Die Gefahr des Mißbrauches besteht weniger auf kriminellem Gebiet als vielmehr von Seiten der chirurgischen Eiferer, die die relativ strengen Grenzen der Indikation mißachten. — Über das Problem der Einverständniserklärung bzw. Operationseinwilligung wird die Ansicht jener Autoren angegeben, die sich an der Diskussion in Paris beteiligt haben. Sie sind sich einig, daß der Familie kein Entscheidungsrecht zukomme; niemand kann dem operierenden Arzt die Verantwortung abnehmen, außer in jenen Fällen, in denen der Patient geistig handlungsfähig ist wie z. B. bei Krampfleiden. Darüber jedoch, ob ein Ärztekonsilium Stellung nehmen soll und welcher Grad von Verantwortlichkeit auf die nicht-operierenden Konsiliumsmitglieder entfällt, sind die Meinungen geteilt. Jedenfalls muß der Operateur auch psychiatrisch besonders versiert sein, nur dann kann er die ihm aufzulastende Verantwortung tragen. — Die Psychochirurgie, die für den 50iger Jahren ihre größte Bedeutung erlangt hat, ist durch die Entdeckung der Psychopharmaka im Zurückgehen. Dadurch wird aber ihre Bedeutung für ausgewählte Fälle keineswegs gemindert, diese finden sich immer noch in den verschiedensten Gebieten der Neurologie und Psychiatrie. — Juristisch kann Art. 54 des italienischen Strafgesetzes nicht herangezogen werden, weil weder Dringlichkeit noch Lebensgefahr vorliegt. Aus diesem Grunde schließt sich der Autor voll den Kritiken von RUGGERI (der leider im Literaturverzeichnis nicht angeführt ist) an, wonach vom juristischen Gesichtspunkt keine Operationsnotwendigkeit gegeben sei und daher in den allermeisten Fällen zumindest eine Art juridischer Unklarheit fühlbar wäre. Dagegen müsse, meint der Autor mit RUGGERI, angekämpft werden: „Es ist die Bestimmung allen wissenschaftlichen Fortschrittes, Rechtsnormen zu veranlassen, gegen das geltende Recht zu streiten und Unerlaubtes bloßzulegen; aber es ist auch unsere Aufgabe, zum gesetzlichen Schutz des Chirurgen, des Arztes und des Patienten auf jede Weise beizutragen, also auch durch Erzielung neuer Rechtserkenntnisse, die dem wissenschaftlichen Fortschritt folgen und ihn mit Einverständnis codifizieren.“

H. MAURER (Graz)

**Isidore Ziferstein: Der sowjetische Psychiater und die sowjetische Gesellschaftsordnung.** [Southern California Psychoanal. Inst., Los Angeles.] Prax. Kinderpsychol. 15, 150—152 (1966).

**Frank W. Kiel: The psychiatric character of the assailant as determined by autopsy observations of the victim.** (Die Erkennung psychiatrischer Eigenschaften des Täters aus den Autopsiebefunden am Opfer.) [Armed Forces Inst. of Path., Washington, D. C. (17. Ann. Meet., Amer. Acad. of Forensic Sci., Chicago, 25. II. 1965.)] J. forensic Sci. 10, 263—271 (1965).

An 20 Gerichtsarzte (darunter 2 Psychiater) wurden Fragebogen versandt. An Hand einer Photographie und einer sehr kurzen 8—10zeiligen (I) Tatort- und Obduktionsbeschreibung

von 4 Fällen (1 Kindermißhandlung; 3 Tötungen mit übergroßer Gewaltanwendung und fraglichen Hinweisen auf Sexualsphäre, davon 1 Verdacht auf Homosexualität) sollten 3 Fragen beantwortet werden: 1. Wie war der Geisteszustand des Täters? 2. Welche Hinweise ergeben sich für die weitere Ermittlungstätigkeit? 3. Können auf Grund dieser Befunde (ohne Untersuchung des Täters!) vor Gericht Aussagen über den Geisteszustand des Täters gemacht werden? Ist solch eine Frage schon einmal von einem Gericht gestellt worden? — Die Berufserfahrung der Befragten schwankte zwischen 1 und 40 Jahren. Obwohl (oder weil?) das vorgelegte Material ungewöhnlich knapp gehalten wurde (auch die schlichsten Ermittlungsakten sind erfahrungsgemäß wesentlich ergiebiger! Ref.), ließ sich die Mehrzahl der Befragten zu zum Teil recht gewagten Spekulationen verführen, worin sich wohl auch die sehr unterschiedliche Berufserfahrung ausdrückt. Lediglich bei Beantwortung der 3. Frage wurde eine (allerdings sehr begreifliche) starke Zurückhaltung bemerkt. — Vom Standpunkt des erfahrenen forensischen Psychiaters erscheint diese Untersuchung bereits von ihrer Methodik her wenig aussagekräftig und auf vorwiegend pathologisch-anatomisch orientierte Gerichtsmediziner eingestellt zu sein.

R. H. BERTHOLD (Schwerin)<sup>oo</sup>

**G. Haits:** Über die Frage des induzierten Irreseins. [Psychiat. Klin., Med. Univ., Budapest.] Psychiat. et Neurol. (Basel) 151, 114—125 (1966).

Es werden 4 Möglichkeiten genannt: 1. Pathologische Inhalte des Kranken A werden von B übernommen. Beide sind dann psychotisch. Dies ist das eigentliche induzierte Irresein (folie communiquée). 2. A zwingt B seine Wahnideen auf. Sie verschwinden wieder, sobald der Einfluß des überlegenen A fortfällt (folie imposée). 3. Bei zwei, eventuell auch mehreren in der Nähe wohnenden Personen tritt gleichzeitig eine Psychose auf (folie simultanée). 4. Die Psychose von A kann bei B eine zunächst ähnlich, dann abweichende Psychose hervorrufen (Schlüsselerlebnis). Nach Literaturhinweisen werden 3 eigene Fälle berichtet und eingehend besprochen. Hingewiesen wird dabei besonders auf Umwelteinwirkungen, Persönlichkeitsstrukturen, dauernde negative Gefühlsspannung, mentale Retardation und Isolierung. Irrationale Momente sind von Bedeutung.

KARL PÖNITZ (München)<sup>oo</sup>

**E. Steinkopff:** Aktuelle Probleme des kindlichen Schwachsinn. Z. ärztl. Fortbild. (Jena) 60, 989—994 (1966).

**S. Schirmer:** Motiviertes und unmotiviertes Fortlaufen der Jugendlichen. [Nervenklin., Charité, Humboldt-Univ., Berlin.] Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) 18, 145—155 (1966).

Verf. gibt einen chronologisch geordneten Überblick über die Entwicklung der Poromanie-Lehre von der ursprünglichen epileptischen Deutung bis zur modernen Unterscheidung zwischen motiviertem und unmotiviertem Fortlaufen. Es wird darauf hingewiesen, daß bei männlichen „Spontanfortläufern“ stets derselbe Triebablauf einsetze, so daß das Fortlaufen immer gleich sei. Es werden eigene Fälle angeführt und außerdem die phylogenetische Deutung des Fortlaufens unter Betonung der Konzeption von LEONHARD erwähnt.

BOHNÉ (Duisburg)

**StGB § 51 (Abgrenzung zwischen Charaktermängeln und Geistesstörungen).** Ein sensibler Querulant, der aus verletztem Selbstwertgefühl mit neurotischer Überempfindlichkeit eine vorsätzliche Straftat begeht, handelt nicht auf Grund einer Bewußtseinsstörung oder krankhaften Störung der Geistestätigkeit. [BGH, Urt. v. 7. 6. 1966 — 5 StR 190/66 (Schwurgericht Lüneburg).] Neue jur. Wschr. 19, 1871 (1966).

Ein sensibler Querulant, der verhaftet werden sollte, brachte einem Gerichtsassessor und einem Polizeimeister Wunden mit dem Hirschfänger bei. Das Schwurgericht stellte bedingten Tötungsvorsatz fest. Das Gericht erkannte dem Täter zu, das Gefühl, nunmehr eine Strafe verbüßen zu müssen, habe sein Hemmungsvermögen bei Begehung der Tat erheblich vermindert. Der BGH war mit der Zuerkennung einer verminderten Zurechnungsfähigkeit nicht einverstanden. Hemmungslosigkeit, die auf Charaktereigenschaften zurückzuführen ist, ist weder eine Bewußtseinsstörung noch eine krankhafte Störung des Geistes.

B. MUELLER (Heidelberg)

**José Velasco Escassi:** Los problemas médico-forenses de las personalidades psicopáticas. (Gerichtsärztliche Probleme bei psychopathischen Persönlichkeiten.) An. Med. forens. Asoc. esp. Méd. forens. 1965, 326—362.

Der breit angelegte Aufsatz des Verf., dem keine nennenswert neuen Gesichtspunkte zu entnehmen sind, stützt sich auf die bekannten Ausführungen von K. SCHNEIDER, KOCH, KRON-

FELD, BINSWANGER, JASPERS, BLOCH, STERN, GRUHLE, MIRA, CLECKLEY, KRAEPELIN, KLEIST, LEONHARD, SARRO, LANGE, GOMEZ, CALABUIG, GORRES, PETRILOWITSCH u.a. Er bespricht die verschiedenen Typen, die Delikte, kritisiert die von K. SCHNEIDER inaugurierte Definition der gegebenen charakterlichen Abnormität, die weder die neurotische Abnormisierung berücksichtigt noch einen Raum für die Therapie frei läßt und schließt mit dem Hinweis, daß Zurechnungs-unfähigkeit selten, verminderte Zurechnungsfähigkeit häufiger zu bejahen ist und stets der Versuch der Resozialisierung unternommen werden sollte. SACHS (Kiel)

**Claus Seibert: Affektive Einengung des Bewußtseins und § 51 StGB.** Neue jur. Wschr. 19, 1847—1849 (1966).

Nach Meinung von Verf., der Bundesrichter in Karlsruhe ist, nehmen die „Jähtaten“ zu. Immer häufiger müssen sich Sachverständige, Staatsanwälte und Richter mit der Frage des Affektsturmes beschäftigen. Die Auffassungen der Ärzte und Psychologen sind nicht einheitlich, was Verf. sehr bedauert. Zwischen den Zeilen seiner Ausführungen liest man, daß man mit der Feststellung eines Affektsturmes im Sinne von § 51, 1 StGB etwas zurückhaltend sein soll. Hinweis auf ein Urteil des BGH vom 19. 7. 66, 1 StR 268/66. In diesem Urteil wurde die Auffassung eines Schwurgerichtes gebilligt. Gutachter war H. J. RAUCH, Heidelberg. Nach seinem Gutachten war die Fähigkeit, das Unerlaubte der Tat einzusehen zwar eingeengt, aber nicht erheblich vermindert im Sinne vom § 51, 2 StGB. Das Hemmungsvermögen zwar jedoch wesentlich beeinträchtigt. Strafrechtlich wesentlich ist eine Einschränkung der Einsichtsfähigkeit, nicht so sehr des Hemmungsvermögens. Verf. hofft, daß durch eine Aussprache der Wissenschaftler eine Einigung erzielt werden könne. B. MUELLER (Heidelberg)

**R. Beier: Rechtsfragen bei psychischen Erkrankungen.** Therapiewoche 16, Nr. 26, 777—786 (1966).

Auf die Belange des praktischen Arztes und des niedergelassenen Psychiaters abgestimmt werden die wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen und einige höchstgerichtliche Entscheidungen, die bei der Klinikeinweisung und Behandlung seelisch Kranker beachtet werden sollten, dargestellt. Fragen der ärztlichen Schweigepflicht und das Schweigerecht werden in Hinblick auf zivilrechtliche Fragen, Entmündigung, Pflegschaft, Sorgerecht bei Kindern und Jugendlichen (§§ 330 StGB, Bundesseeuchengesetz, Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, §§ 1664, 1674, 1694, 1800, 6, 1910 BGB) diskutiert. Probleme, die sich bei der Freiheitsentziehung, etwa der Einweisung in psychiatrische Kliniken, auf Grund der divergierenden Landesgesetzgebung ergeben haben, werden skizziert (z. B. in Schleswig-Holstein Unzulässigkeit ärztlicher Behandlung von Pat., die durch Gerichtsbeschluß untergebracht wurden, Landesnervenkliniken als „Verwahranstalten“ etc.). G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

**I. Huszar et I. Gabor: Quelques aspects médico-légaux actuels de l'alcoolisme chronique.** (Aktuelle gerichtsmedizinische Aspekte zum chronischen Alkoholismus.) [Inst. Méd.-Lég., Clin. Psychiat., Univ. Méd., Budapest.] Ann. Méd. lég. 46, 5—11 (1966).

Erörterungen über Probleme der Anstaltsaufnahme und der Zurechnungsfähigkeit bei chronischem Alkoholismus. E. BÖHM (Heidelberg)

**H. E. Schulz: Die Verfahren zur Unterbringung von Geisteskranken in den Bundesländern und die Mitwirkung des Amtsarztes.** Öff. Gesundh.-Dienst 28, 131—145 (1966).

Verf. gibt eingangs eine vollständige Aufstellung der in der Bundesrepublik zur Zeit geltenden verschiedenen gesetzlichen Möglichkeiten zur zwangsweisen Unterbringung von psychisch Kranken in geschlossene Fachkrankenhäuser, sei es aus Sicherheitsgründen der Öffentlichkeit gegenüber, sei es aus Behandlungsgründen oder zur Beobachtung im Rahmen straf- oder zivilgerichtlicher Verfahren. Er stellt dann aus diesen verschiedenen Möglichkeiten die Unterbringung auf „zivilem Wege“ derjenigen nach dem Landesunterbringungsgesetz (LUG) der einzelnen Bundesländer gegenüber. In der Gruppe der „zivilen“ Unterbringungsmöglichkeiten faßt er die freiwillige und die ihr gleichbedeutende Unterbringung „in Geschäftsführung ohne Auftrag“ und ferner die unter Mitwirkung des Vormundschaftsgerichtes gemäß § 1800/II und 1846 BGB zusammen. Er weist bezüglich der Unterbringung auf den im Interesse psychisch Kranker besonders günstigen und die betroffenen Pat. am wenigsten belastenden § 1846 BGB hin. In 2 Tabellen stellt er die Zahlen der Pat., die 1964 als sog. „Neuaufnahmen“ auf dem

„zivilen“ Wege in 44 öffentliche psychiatrische Landeskrankenhäuser in 9 Bundesländern — 54535 Pat. betreffend — gekommen sind, denen gegenüber, die nach den jeweiligen Landesunterbringungsgesetzen eingewiesen sind. Sie stehen insgesamt etwa im Verhältnis 70 % (zivil) zu 30 % (LUG). Im einzelnen ergeben sich jedoch für die einzelnen Bundesländer zum Teil beträchtliche Unterschiede, die extremsten zwischen Baden-Württemberg (zivil 85 %; LUG 12 %) und Hessen (zivil 33 %; LUG 63 %). Die Ursachen für diese Unterschiede werden nicht eingehend erörtert. Der Anteil der Pat., die nach den übrigen möglichen gesetzlichen Bestimmungen untergebracht sind, ist zahlenmäßig so gering, daß er nicht ins Gewicht fällt. Eine weitere zahlenmäßige Aufgliederung der Gruppe der auf „zivilem“ Wege aufgenommenen Pat., die „wirklich freiwillig“ und derjenigen, die nach dem Prinzip der „Geschäftsführung ohne Auftrag“ und jener, die unter vormundschaftsgerichtlicher Mitwirkung sich in den Landeskrankenhäusern befinden, wird nicht gegeben. — Wenn Verf. meint, daß der Begriff der Selbst- und Gemeingefährlichkeit, der als eine der Voraussetzungen bei Anwendung der LUG gefordert wird, „ein sehr weit dehnbarer Gummibegriff“ sei, weil jeder Geisteskranke „potentiell selbst- und gemeingefährlich“ ist, dann gilt das für die Bedingungen des LUG des Landes Nordrhein-Westfalen zumindest nicht, da dieses Gesetz verlangt, daß die Gefahr eine „gegenwärtige“ sein muß. Das OLG Hamm hat in einigen Entscheidungen diesen Begriff präzisiert. Dem Verf. kann weiter in seiner vom Standpunkt der Unterbringung verständlichen ärztlichen Meinung nicht zugestimmt werden, wenn er den Gutachtern in Strafsachen empfiehlt, „doch so wenig wie möglich den § 51/2 StGB anzuwenden und noch weniger Maßregeln nach § 42b oder c StGB vorzuschlagen, jedenfalls nicht für die Rechtsbrecher, bei denen mit ärztlichen Mitteln eine Besserung nicht zu erwarten ist“. Für den in einem Strafverfahren tätigen psychiatrischen Sachverständigen kann dieser Gesichtspunkt bei seiner Beurteilung eines Rechtsbrechers nicht maßgebend sein. — Der Verf. fordert von den Gesetzgebern der Länder „leicht praktikable Schnellverfahren für die stationäre psychiatrische Behandlung“. Wenn er auch auf eine ins einzelne gehende Gegenüberstellung der gesetzlichen Bestimmungen der LUG der Bundesländer verzichtet, so stellt er doch das LUG von Baden-Württemberg als vorbildliches Modellbeispiel für geplante Novellierungen der vom ärztlichen Standpunkt unzulänglichen LUG einzelner Bundesländer wegen der darin gesetzlich verankerten fürsorgischen Bestimmungen hin. NIKOLAUS WOLF (Warstein)<sup>oo</sup>

**StGB § 42b (Unzulässigkeit der Beurlaubung Untergebrachter).** Ein gemäß § 42b StGB Untergebrachter kann nicht vorübergehend aus der Heil- oder Pflegeanstalt beurlaubt werden; auch Beurlaubungen in Form von Gnadenakten sind unzulässig. [LG Hamburg, Beschl. v. 3. 8. 1966 — (44) 134/66.] Neue jur. Wschr. 19, 1874—1875 (1966).

Die Unterbringung erfolgte wegen eines krankhaften Eifersuchtswahnes. Der Betreffende hat in einem Totschlagversuch andere bedroht. Er war aus der Anstalt öfter für einige Tage beurlaubt worden, es waren keine Störungen aufgetreten. Man beabsichtigte eine längere Beurlaubung. Die Strafkammer des LG Hamburg lehnte Beurlaubungen aus der Unterbringung aus einer Heil- und Pflegeanstalt als rechtlich unzulässig ab, in Frage käme höchstens eine vorläufige Entlassung, Begnadigungen sind gleichfalls rechtlich nicht zulässig.

B. MUELLER (Heidelberg)

**W. P. Frinken: Behandlung psychisch Abnormer im militärischen Leben.** Wehrmed. Mschr. 10, 97—99 (1966).

Kurzer Aufsatz für den Truppenarzt nach einem Tagungsvortrag in der „Akademie für das Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr“ in München von einem Medizinalrat am Nervenkrankenhaus Haar bei München, der sich als Reserve-Sanitätsoffizier der BW mit den Problemen der Psychopathen in der Truppe beschäftigt, leider nur militärpsychiatrische Literatur aus dem vorigen Jahrhundert benützt und zu der Ansicht gelangt, daß sich manche abnorme Persönlichkeiten nicht nur „ziemlich gut beim Militär halten können, wenngleich sie andere leiden machen“ (z. B. geltungsbedürftige und narzißtische Psychopathen), sondern auch zu gebrauchen wären (Anankasten) und sich sogar einzuordnen vermöchten (Hyperthymiker, depressive und willenslose Psychopathen, selbstunsichere (!) Fanatiker und explosive Psychopathen will er aber wohl ausgesondert sehen. DEUSSEN (Köln)<sup>oo</sup>