

suchungsergebnisse: Schnellerer Abfall der Hirntemperatur als die der Nieren, der Leber und des Rectums; im Leber-Nieren- und Rectum-Temperaturabfall keine wesentlichen Differenzen; Abhängigkeit des postmortalen Temperaturabfalles von der Umgebungstemperatur (hohe Umgebungstemperatur: langsameres Absinken der Körpertemperatur, rasches Erreichen der Umgebungstemperatur; niedrige Umgebungstemperatur: schnelleres Absinken der Körpertemperatur, verzögertes Angleichen an die Umgebungstemperatur); stärkste Temperatursenkung in der frühen Todeszeit, proportional des Ausmaßes der Angleichung der Körpertemperatur an die Umgebungstemperatur verzögert sich der weitere Temperaturabfall; Abhängigkeit der Temperatursenkung aller Organe vom Körpergewicht, von der Körperbedeckung, vom Feuchtigkeitsgehalt der Körperoberflächen und von größeren Verletzungen (z.B.: Eröffnung der Bauchhöhle); nach Verblutungstod wurde ein beschleunigter, nach Cyan-Vergiftung ein verzögelter Abfall der Temperatur beobachtet, bei vor dem Tode bestandener Hyperthermie oder Hypothermie zeigte der postmortale Temperaturabfall keine signifikanten Differenzen, auch bei Tod an Alkoholintoxikation war eine nennenswerte Beschleunigung des postmortalen Temperaturabfalles nicht zu verzeichnen.

NAEVE (Hamburg)

M. Muller, A. Debarge, M. Willot et F. M. Oliveira de Sa: L'apport de colorations spéciales à l'étude morphologique de l'autopsie du foie. (Anwendung spezieller Färbe-methoden zum morphologischen Studium der Leber.) [Inst. Méd. Lég., Univ., Lille.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 18, 231—242 (1965).

Im Rahmen verschiedener Untersuchungen zur Beurteilung kadaveröser Veränderungen studierten Verff. das Verhalten der Retikulin- und elastischen Fasern der Leber. 45 Meerschweinchen — in 9 Gruppen zu je 5 Tieren aufgeteilt — wurden durch Strangulation getötet. Zwei Gruppen (10 Tiere) dienten zum Vergleich. Die übrigen Tiere wurden für unterschiedliche Zeiten (2 Std bis zu 1 Monat) bei 20° C aufbewahrt, die Leberschnitte nach WILDER versilbert bzw. mit Orcein gefärbt. Die Retikulin- und elastischen Fasern verhielten sich bei den Versuchen unterschiedlich (frühe Veränderungen an den Retikulinfasern, relativ späte Veränderungen an den elastischen Fasern), was zur Todeszeitbestimmung herangezogen werden kann. GRÜNER

Versicherungs- und Arbeitsmedizin

- **Die medizinische Begutachtung in der Rentenversicherung der Arbeiter und in der Rentenversicherung der Angestellten.** 3., neubearb. Aufl. Frankfurt a.M.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 1967. X, 731 S. Geb. DM 31,50.

Der von Gutachter und leitenden Ärzten der RVTr. zusammengestellte Leitfaden spiegelt die in den letzten 9 Jahren, seit Erscheinen der 2. Auflage, gesammelten Erfahrungen wider; er führt allgemeinverständlich in die Bestimmungen der gesetzlichen Rentenversicherung (RVO und AVG mit Ausnahme der Knappschaftsversicherung) ein und erläutert die Methodik der Begutachtung wie auch die der Beurteilung. — Das „Vielmännerbuch“ ist als Nachschlagewerk für medizinische Gutachter, Verwaltungsbeamte und Richter gedacht; dem Juristen will es die medizinische Fachsprache und Eigenheiten ärztlichen Denkens, dem Mediziner Gesetzesexte und ihre Interpretation nahebringen, wie auch die Auswirkungen von Krankheiten auf die Leistungsfähigkeit beurteilen helfen. In 19 Kapiteln, unter denen besonders die von W. GERKE und R. HORPE bearbeiteten Abschnitte durch ihre klare Diktion und die kritisch-abgewogene Darstellung hervorstechen, werden die häufigsten Erkrankungen und ihre versicherungsmedizinischen Bewertungskriterien abgehandelt; den einzelnen Komplexen sind jeweils Literaturhinweise beigegeben, Marginalien und ein Stichwortverzeichnis erleichtern den raschen Überblick. — Die Darstellung ist umfassend angelegt, gut gegliedert und auch im Detail differenziert erarbeitet, sie kann, insbesondere für den praktischen Gebrauch, durchaus empfohlen werden. — Für die Neuauflage können einige Änderungen in Vorschlag gebracht werden, die den Gebrauchswert des Buches zu erhöhen vermöchten: kurze Ausführungen zur Ätiologie bzw. Pathogenese der einzelnen Krankheiten, stichwortartige und damit prägnantere Darstellung der Kardinalsymptome, knappe Einführung differential-diagnostischer und therapeutischer Erwägungen, Abgrenzung fachärztlicher Kompetenzen, zentrale Diskussion und Beurteilungskriterien und eine eingehendere Berücksichtigung der Rehabilitation, insbesondere auch auf nervenärztlichem Gebiet. Die Gestaltung der neurologischen und psychiatrischen Kapitel sollte man zudem einem mit der neuesten einschlägigen Literatur vertrauten Fachmann zugestehen, um eineseitige Akzentuationen zu vermeiden (vgl. unter anderem Neurosenbegutachtung, Rehabilitation von Psychose-

kranken, Hirntraumatikern usw.). — Zum versicherungsmedizinischen Teil ist anzumerken, daß die „berufliche Leistungsfähigkeit“ nicht allein an Hand der „zumutbaren Arbeitszeit“ beurteilt werden kann; nicht die „Dauerleistungsfähigkeit“ sondern alle krankheitsbedingten Leistungseinbußen sind zu berücksichtigen; Berufs- und Erwerbsfähigkeit sind juristisch-ökonomische Begriffe, der Begriff „Leistungsfähigkeit“ gehört in den arbeitsphysiologischen Bereich (vgl. auch H. HABS.), insoweit sollten die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung entwickelten Grundsätze nähere Berücksichtigung finden.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

Gunnar Lindgren: Sozialversicherung in Schweden. [10. Fortbildungsk., Soz.-Med. Begutachtungskunde f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 5.—7. X. 1966.] Med. Sachverständige 63, 129—140 (1967).

Zulassungsordnung (Z0) Zahnärzte § 20 (Zulassung eines Polizeizahnarztes als Kassenarzt). Zur Eignung eines niedergelassenen Zahnarztes, der als Polizeizahnarzt beschäftigt ist, für die Ausübung kassenzahnärztlicher Tätigkeit. [BSG, Urt. v. 7. 12. 1966 — 6 RKA 1/64 (Berlin).] Neue jur. Wschr. 20, 1535 (1967).

Ein Zahnarzt war durch Vertrag als Polizei-Zahnarzt angestellt. Seine Aufgabe war die zahnärztliche Behandlung der in freier Heilfürsorge stehenden Bereitschaftspolizisten, er hatte auch die Erlaubnis zur Wahrnehmung von Privatpraxis. Die Zulassung als Kassenarzt wurde ihm jedoch trotz mehrfacher Bemühungen vom Zulassungsausschuß verweigert, obwohl die zuständige Polizeibehörde mit einer Zulassung einverstanden war. Das BSG stellte sich auf den Standpunkt, daß die Auffassung der zahnkassenärztlichen Vereinigung, der Kassenzahnarzt müsse in der Lage sein, sich hauptberuflich der Behandlung von Kassenpatienten zu widmen, gegen das GG verstöße. Es bestünden keine rechtlichen Bedenken, den betreffenden Zahnarzt zur Kassenpraxis zuzulassen.

B. MUELLER (Heidelberg)

J. de Larrard: Notion d'incapacité temporaire totale de travail personnel en droit commun. [Soc. Méd. Lég. et Criminol. de France, Montpellier, 22. X. 1966.] Ann. Méd. lég. 46, 431—433 (1966).

W. Ey: Das akute akustische Trauma. [Univ.-HNO-Klin., Heidelberg.] Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg. 2, 251—256 (1967).

Klar disponierte Arbeit, in der Beispiele aus dem eigenen Untersuchungsgut gebracht werden; exakte Literaturangaben. Ohrschädigungen, die durch den Mündungsknall von Schußwaffen verursacht werden, beruhen auf einem ganz kurzen Schallwellenstoß von hoher Intensität und einer Einwirkungszeit der Druckspitze von weniger als 2 msec. Man spricht dann von einem *Knalltrauma*. Der Hörverlust tendiert zur Rückbildung. Ein *Explosionstrauma* entsteht, wenn die Druckspitze mehr als 2 msec beträgt bei einem Treibladungsgewicht von mehr als 1 kg. Es kommt zu einer oft doppelseitigen Hörstörung mit Beteiligung des Mittel- und Innenohres; geringer Rückbildungstendenz des Hörverlustes. Auch ein stumpfes Schädeltrauma ohne nachweisbare Fraktur kann zu einer Knallschädigung führen. Die Knochenleitungsdrukewelle hat ungefähr den gleichen Wirkungsmechanismus wie der Knall. Eine Progredienz der entstandenen Hörstörung ist möglich. Es kommt auch zu einer schlagartig einsetzenden Schwerhörigkeit bei körperlich anstrengender Arbeit und gleichzeitiger *Lärmeinwirkung*. Der Lärm muß ein übergroßer gewesen sein (mehr als 120 DIN-Phon). Aber auch schon bei geringerer Lautstärke (90 bis 120 DIN-Phon) bei gleichzeitiger Minderdurchblutung des Innenohres, etwa infolge Fehlbelastung der Halswirbelsäule, kann Schwerhörigkeit zustande kommen; notwendig ist in solchen Fällen eine sofortige gezielte Therapie in den ersten Stunden oder Tagen, sonst ist die Hörstörung irreversibel.

B. MUELLER (Heidelberg)

K. Klink: Der Krebs in der Unfallversicherung und in der Kriegsopfersversorgung. Med. Sachverständige 63, 70—75 (1967).

Von Versicherten, Kriegsteilnehmern oder ihren Hinterbliebenen werden auch Krebserkrankungen als Folgen eines Arbeitsunfalles oder eines militärischen Dienstes verantwortlich gemacht. Damit erhebt sich die Kausalitätsfrage bezüglich einer Krebserkrankung, d.h. die Frage, ob die Krebserkrankung durch einen Arbeitsunfall oder eine Schädigung verursacht wurde. Die Kausalitätsfrage ist einmal eine Tatfrage, zum anderen ist sie eine Rechtsfrage, eine Frage danach, was Ursache im Rechtssinne ist. — Die Erforschung der Ätiologie der Krankheiten wie auch des Krebses ist keine richterliche Aufgabe; das ist und bleibt Sache der Medizin, und der Richter ist

auf den medizinischen Sachverständigen angewiesen. Bezuglich der medizinischen Erkenntnisse ist es nun wie mit allem menschlichen Wissen so, daß neue Erfahrungen neue Erkenntnisse zeitigen und neue Ursachen ins geistige Blickfeld treten, aber auch bisher dafür gehaltene Ursachen wieder untergehen lassen. Noch in recht junger Vergangenheit lehnte man Versorgungsanträge einfach mit der Begründung ab, daß der Krebs aus endogenen Ursachen und nicht durch äußere Faktoren entsteht (Schreck). Demgegenüber nahm Prof. BAUER (1964) eine andere Stellung ein. Als exogene Faktoren für die Entstehung von Krebs sind nach BAUER bereits an die 6000, vor allem chemische Fremdstoffe bekannt geworden. — Beurteilt ein Sachverständiger einen Krebsfall unter möglichst erschöpfender und sorgfältiger Anwendung der vorhandenen Erkenntnismittel nach den derzeitigen medizinischen Erfahrungen, dann darf der Richter das Ergebnis einer solchen Beurteilung als tatsächliche Feststellung zur Grundlage seiner Entscheidung machen, auch dann, wenn bezüglich der Ätiologie des Krebses noch keine letzte Klarheit besteht. Der Gesetzgeber erleichtert diese tatsächlichen Feststellungen in der KOV insofern, als er sich hier mit einer Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs begnügt, während er sonst die an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit verlangt. In der Unfallversicherung läßt die Rechtsprechung eine sog. „überwiegende Wahrscheinlichkeit“ genügen.

LUNGMUSS (Schwerter)^{oo}

H. Kretz: Folgen der Sterilisation. Zur Frage der Entschädigung Zwangssterilisierter nach dem Bundesentschädigungsgesetz. [Psychiat. u. Neurol. Klin., Univ., Heidelberg.] Med. Klin. 62, 1298—1302 (1967).

Das Untersuchungsgut bestand aus 13 Verfolgten (11 Frauen und 2 Männern); sie waren insofern Mischlinge, als die Väter Zigeuner oder Afrikaner waren, ein Vater war Siamese. Es bestanden einfache soziale Verhältnisse. In allen Fällen waren tiefgreifende Persönlichkeitsveränderungen im Sinne einer depressiven Fehlhaltung und Inaktivität festzustellen. Auch zeigte sich trotz einer etwaigen Ehe eine sexuelle Frigidität; die Erörterungen über eine Entschädigung sollen in einer Fortsetzung dieser Arbeit gebracht werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

Wolfram Dischler: Zur Begutachtung der Hepatitis als Berufskrankheit, vgl. ds. Zschr. 18 (N. F.) 1868 (1967). [Med. Univ.-Klin., Freiburg i. Br.] Med. Welt, N. F. 18, 2402 (1967).

M. Münzer: Beitrag zur gewerbeärztlichen Begutachtung der Toxoplasmose als Berufskrankheit. [Landesinst. f. Arbeitsmed., Berlin.] Zbl. Arbeitsmed. 17, 208—209 (1967).

H. J. Einbrodt: Industriestaub als Krankheitsursache. [Inst. f. Staublungenforsch. u. Arbeitsmed., Univ., Münster i. Westf.] Lebensversicher.-Med. 19, 128—132 (1967).

H. Jentgens: Die beruflich bedingte Tuberkulose unter arbeitsmedizinischen Gesichtspunkten. [II. Tbk.-Klin., Köln-Merheim.] Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg. 2, 289—291 (1967).

P. Hublet: Etude du risque de pneumoconiose par les abrasifs artificiels dans une fabrique de meules. Arch. med. belg. 25, 149—187 (1967).

F. Fabroni: Conseguenze dirette e causalita' mediata nelle malattie professionale. [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Siena.] [II. Conv., Soc. Toscana, Med. Leg. e Assicuraz., Pisa, 28. II. 1966.] G. Med. leg. Infortun. Tossicol. 13, 176—185 (1967).

G. Segre: Considerazioni sulla «grande obesita'semplice» in rapporto all'invalidita' pensionabile. [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Parma.] G. Med. leg. Infortun. Tossicol. 13, 157—167 (1967).

Othard Raestrup: Epilepsie und Lebensversicherung. Nervenarzt 38, 262—266 (1967).

Die Zahl der Epileptiker in der Bundesrepublik wird auf etwa 300000 geschätzt; aus diesem Personenkreis gehen relativ häufig Anträge auf Abschlüsse von Lebensversicherungen (LV) ein. Für die LV-Medizin ergibt sich die Risikoeinschätzung aus den statistischen Erhebungen, die nach numerischen Methoden erfolgen und auf die Gruppensterblichkeit abgestellt sind. Wenn auch die Ermittlungen HÜBNERS (Die psychiatrisch-neurologische Begutachtung in der LV-Medizin, Leipzig 1928) für die Verhältnisse der Gegenwart nicht mehr zutreffen, so muß man doch bei

Anfallkranken mit einer deutlich erhöhten Sterblichkeit und damit wesentlich angehobenen Versicherungsrisiken rechnen. HÜBNER fand in den 20er Jahren, daß 30% aller Antragsteller vor dem 30. und 82% vor dem 50. Lebensjahr verstarben. RAESTRUP sieht besondere Risikofaktoren in der verminderten psychischen und somatischen Belastbarkeit dieser Pat., ihrer erhöhten Unfallgefährdung in vielen Berufen und auch in den modernen Therapiemethoden (Oxazolidine, Mesantoin, ACTH, Hirnoperationen). Weitere Belastungen, auch in Hinblick auf den Suicid, ergeben sich aus psychischen Veränderungen (Demenz). Bei einer Klassifizierung in leichte Grand-mal-Epilepsien (6 Anfälle/Jahr) mittlere 7—12 Anfälle/Jahr und schwere, mit darüber hinausgehender Anfallsfrequenz. Beginn vor dem 16. Lebensjahr und stattgehabtem Status epilepticus, ergibt sich eine Risikozuordnung bei Anfallsfreiheit von 2 Jahren bei der Gruppe I um 200%, bei weniger als 2 Jahren auf 250%, bei Anfallsfreiheit seit 5—10 Jahren um 150%; erst darüberhinaus ist eine Angleichung an die Gesamtbevölkerung anzunehmen. Die Risiken bei der mittleren Gruppe sind jeweils um 25—100% anzuheben. Bei Fällen der Gruppe III und weniger als zweijähriger Anfallsfreiheit kann ein Vertragsabschluß nicht vorgeschlagen werden. Bei der Petit-mal-Gruppe ist das Risiko bei noch nicht zweijähriger Anfallsfreiheit mit 175%, bei 2—5jähriger noch mit 150% zu veranschlagen. Jackson-Anfälle sind wie Grand-mal zu bewerten, nach Hirnoperationen liegt die Einschätzung im ersten postoperativen Jahr bei 200%, sie sinkt dann langsam ab. Bei Vorliegen von Wesensveränderungen und hirnlokalen, motorischen Ausfällen, Therapieresistenz, ungünstigem bisherigen Gesamtverlauf und Nichtvorliegen von zweijähriger Anfallsfreiheit kann nach diesen Ergebnissen eine Versicherung nicht zum Abschluß kommen. RAESTRUP bringt im weiteren noch Vorschläge für eine Gestaltung der Prämienzuschläge.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

O. Rastrup: Epilepsie und Lebensversicherung (Schlußwort). Nervenarzt 38, 262—266 u. 318—319 (1967).

Lebensversicherungsgesellschaften (LV) sind nach Satzungen und ökonomischen Prinzipien gehalten, allen Versicherungsnehmern gleiche Bedingungen und einen möglichst vollkommenen Schutz zu gewährleisten. Die Risikobeurteilung muß sich an statistischen Erfahrungen orientieren, rückschauende Erhebungen haben nur einen begrenzten Aussagewert. — Den Einwänden F. RABES wird entgegengehalten, daß es sich bei den Pat. der Universitäts-Nervenkliniken um ein ausgesuchtes Beobachtungsgut handelt, das für die LV nicht repräsentativ ist, eine Übernahme dieser Erfahrungen für große Kollektive wird nicht für zulässig erachtet. Eine lebensverlängernde Wirkung der antikonvulsiven Therapie sei nicht erwiesen, Gefahren der modernen Medikation seien zudem als Unsicherheitsfaktoren in Rechnung zu setzen. — Vorerst erscheint es somit nicht vertretbar, die allgemein für Anfallkranke geforderten Betragszuschläge zu mindern.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

W. J. Uhlmann: Über arbeitsmedizinische Aufgaben. [Inst. f. Arbeitsmed., Univ., Tübingen.] Lebensversicher.-Med. 19, 135—136 (1967).

G. Funk: Die Beziehungen zwischen Alter, der Häufigkeit von Betriebsunfällen und den damit verbundenen Folgen. [Hyg.-Inst., Karl Marx-Univ., Leipzig.] Z. Präv.Med. 12, 160—178 (1967).

Es handelt sich um eine statistische Aufschlüsselung der Unfälle in einem Landmaschinenwerk im Zeitraum von 1961 bis 1963. Die Zahl der männlichen Beschäftigten betrug 2331. Es wurden in dem angegebenen Zeitraum 1385 Betriebsunfälle gemeldet. Die Arbeit kommt ungefähr zu folgenden Ergebnissen: Das Maximum der Unfälle lag bei den 22 bis 24 Jahre alten Beschäftigten. Ursache der Unfälle war mangelnde Aufmerksamkeit, sowie Nichteinhalten von Arbeitsschutzbestimmungen, die Häufigkeit hing auch von der Dauer der Betriebszugehörigkeit ab; die Anpassungszeit an die Eigenheiten des Betriebes dauerte bis zu 5 Jahren. Mit zunehmendem Alter wurde die Dauer der Arbeitsunfähigkeit länger. Die Ausführungen werden illustriert durch Tabellen und einleuchtende Kurven.

B. MUELLER (Heidelberg)

G. Huffmann: Die berufliche Eingliederung frühkindlich hirngeschädigter Personen. [Neuropsychiat. Forsch.-Abt., Univ.-Nervenklin., Köln.] Forsch. Prax. Fortbild. 18, 181—185 (1967).

Verf. wollte die frühkindlich hirngeschädigten Personen so umfassend wie möglich kennen lernen. Er untersuchte 70 männliche und 30 weibliche Personen zwischen 12 und 26 Jahren. Diese wurden nicht nur neurologisch untersucht, sondern es wurden auch genaue Aphasieprüfungen und eine Überprüfung der optischen und akustischen Agnosie sowie der Stereognose

durchgeführt. — Neben diesen körperlichen und neurologischen Untersuchungen wurde auch die Überprüfung der Bewußtseinslage des unmittelbaren und mittelbaren Gedächtnisses nach üblichen Testen untersucht. — Verf. kommt zu dem Schluß, wie entscheidend bei diesen Hirn-Geschädigten, neben der körperlichen Behinderung die psychischen Faktoren für die Berufs-Prognosen bestimmen sind, wobei dann die individuelle Unterbringung an die verschiedenen Arbeitsplätze von großer Wichtigkeit ist.

LISELOTTE MEIER (Zürich)

K. Dörner: Arbeit und Arbeitsunfähigkeit in medizinsoziologischer Sicht. [Psychiat. u. Nervenklin., Univ., Hamburg.] [36. ärztl. Fortbild.-Kurs, Regensburg, 22. V. 1966.] Ärztl. Fortbild. 15, 177—181 (1967).

Die zahlreichen epidemiologischen Erhebungen zum Krankenstand und seinen Ursachen aus soziologischer, ökonomischer und medizinischer Sicht (H. SOPP, H. KELLNER, H. STIRN, H. PAUL u.a.) sind zum überwiegenden Teil von Interessengruppen angefordert und mit gezielter Fragestellung gegeben worden. Größere, medizinsoziologische Untersuchungen zu diesem Problemkreis liegen noch nicht vor. Bei den bisherigen Feldstudien stellten sich einige unerwartete Ergebnisse heraus: ursächliche Zusammenhänge des Krankenstandes mit den Lohnfortzahlungsgesetzen der Jahre 1957 und 1961 sind nicht zu belegen, der Trend bestand schon vorher, und der Mehrzahl der Arbeitnehmer waren Details der einschlägigen Sozialgesetzgebung nicht geläufig; auch „Arbeitsmoral“, berufliche Entwurzelung und medizinische Gründe spielten keine wesentliche Rolle. Die doppelt, ökonomisch und psychologisch interpretierten Korrelationen zeigten ein Überwiegen von gesundheitlichen Bagatellstörungen vornehmlich bei jungen, ungelernten Arbeitern und Frauen mit kurzer Betriebszugehörigkeit. Großbetriebe hatten größere Krankenzahlen als kleinere Unternehmen. Ausländer meldeten sich öfter arbeitsunfähig als Einheimische; lange Arbeitszeit, aufwändige An- und Abwege, schwere Arbeit und Spannungen in der betrieblichen Hierarchie waren weitere wichtige Determinanten. — Allgemein gesehen war eine Zunahme der ins Somatische gewandelten psychischen Unpäßlichkeiten zu beobachten (subjektiver Krankheitswillen), klare Autoritätskonflikte traten demgegenüber deutlich zurück. Krankheit stellt sich so als ein Feld dar, das nahezu beliebigen Motivationen und Vermittlungen zugängig ist. Weitere, wichtige Stellen nehmen soziologische Umschichtungen im ganzen Geschehen ein, etwa die Abnahme der sozialen Distanz, die Verlagerung von der körperlichen zur geistigen Arbeit, die Trennung des Organisationszentrums Arbeit und Geldwert einerseits und der Privatsphäre andererseits. Für die Medizin ergibt sich die Frage, wie diese Differenzen zwischen individueller und sozialer Ebene in der „Begutachtung“ etwa im „Vertrauensärztlichen Dienst“ noch zutreffend erfaßt werden können.

G. Möllhoff (Heidelberg)

H. Spelbrink: Arbeitsmedizinische Gesichtspunkte beim Schweißen von mit Korrosionsschutzanstrichen vorbehandelten Metallen. [Werksärztlichen Dienst. Klöckner-Humboldt-Deutz AG, Köln-Deutz.] Zbl. Arbeitsmed. 17, 166—170 (1967).

G. De Sensi e G. Masotti: Rilievi statistici sulla lesività da uso di macchine agricole, nella provincia di Parma. [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Parma.] G. Med. leg. Infortun. Tossicol. 13, 186—195 (1967).

E. A. Franke: Altern und Arbeitsfähigkeit als ärztliche Probleme unseres Sozialstaates. [Niedersächs. Landeskrankenh., Königslutter.] [36. Fortbild.-Kurs, Regensburg, 22. V. 1966.] Ärztl. Fortbild. 15, 155—159 (1967).

Die statistisch eindeutige Progredienz des Anteiles alternder Menschen an der Gesamtbevölkerung zwingt Ärzte und Soziologen, sich mehr als bisher geriatrischen Fragen zuzuwenden und in diesem Bereich Grundlagenforschung zu betreiben. Viele gängige Vorstellungen halten nämlich subtiler Nachprüfung nicht stand und stellen sich als Schemata mit Entlastungswert heraus. Anglo-amerikanische Erhebungen zeigen, daß beispielsweise die Pensionierung nicht zur entscheidenden Klippe werden muß, individuell und elastisch gehandhabtere Regelungen der Zurruhesetzung dürften sich gerade für Beamte und andere Arbeitnehmer empfehlen. Als gesichert kann gelten, daß regelmäßige, dem Vermögen des Alternden angemessene Tätigkeit die beste Therapie gegen den allgemeinen körperlichen und geistigen Leistungsabfall ist; wesentlich bleibt aber, hierfür zunächst die Voraussetzungen auf somatischem und psychischem Gebiet zu erhalten bzw. zu schaffen (Herz- und Kreislaufkompensation, „Altersherz“, Behandlung von latenten Nieren- und Stoffwechselleiden; Schaffung einer spannungsarmen, kränkungsfreien Atmosphäre mit affektiver Geborgenheit usw.). Der geistig tätige Mensch sollte sich rechtzeitig

auf eine sinnvolle und möglichst schöpferische Tätigkeit nach dem Ausscheiden aus dem Beruf einstellen. Umzüge in die Alterswohnung werden oft zu spät vollzogen, und es gelingt dann nicht mehr, neue Umweltbezüge zu knüpfen; viele akute „Dekompensationen“ haben in derartigen Umstellungen ihre tieferen Wurzeln.

G. Möllhoff (Heidelberg)

H. Rosenbaum: Der Arzt in der Sozialhilfe. [Inn. Med., Städt. Gesundh.-Amt, Wuppertal.] Med. Sachverständige 63, 177—180 (1967).

J. Luthier: Role du juge médecin au tribunal des pensions. [Soc. Méd. lég. et Criminol. de France, Montpellier, 22. X. 1966.] Ann. Méd. lég. 46, 434—435 (1966).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

V. K. Stasyuk: Special features in the diagnosis of psychopathoid defective states in schizophrenia. Sudebnomed. eksp. (Mosk.) 10, Nr. 3, 42—47 mit engl. Zus.fass. (1967) [Russisch].

Manfred Amelang: Zum Vergleich des Begabungs-Test-Systems mit dem Hawik und dem Stanford-Intelligenz-Test-Lückert. [Inst. f. Sonderschulpädag., Univ., Marburg.] Psychol. Beitr. 9, 525—535 (1967).

J. Paul: Grundlagen zur Erforschung von Raum- und Zeitbewußtseinsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. [Heilpäd. Abt., Kinderklin., Univ., Erlangen-Nürnberg.] Dtsch. med. Wschr. 92, 1727—1734 (1967).

Übersicht.

D. Langen: Die gezielte Analyse als Form einer Kurzpsychotherapie. [Klin. u. Poliklin. f. Psychother., Univ., Mainz.] Münch. med. Wschr. 109, 1645—1649 (1967).

StGB §§ 42b, 51 (Erforderliche Feststellung der Voraussetzungen zur Unterbringung des Angeklagten.) Rechtsfehler bei der Feststellung der Voraussetzungen der §§ 51 Abs. 1 und 42b StGB. [OLG Zweibrücken, Urt. v. 9. 2. 1967 — Ss 215/66.] Neue jur. Wschr. 20, 1520—1521 (1967).

Es handelt sich um eine Veröffentlichung in der NJW, die sich mit einer Oberlandesgerichtsentscheidung aus Zweibrücken befaßt. Ein Mann war vom Amtsgericht Zweibrücken wegen Beamtenmord, Beleidigung und übler Nachrede sowie Bedrohung freigesprochen worden, jedoch war seine Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt angeordnet worden. Die Befreiung des Angeklagten wurde vom Landgericht verworfen. In der Revision wurde dieses Urteil aufgehoben. Liest man als Gerichtsarzt die Aufhebungegründe, so kann man sich des Eindruckes nicht erwehren, daß diesem Beschuß juristische Spitzfindigkeiten zugrunde liegen. Von der Sache her gesehen waren die beiden Entscheidungen des Amts- und Landgerichts Zweibrücken sicher richtig. Der Täter war ein Geisteskranker. Dies wurde auch in den beiden Urteile ausgeführt, jedoch nicht im Einzelnen sondern mehr in pauschaler Form. Es wurde davon gesprochen, daß der Täter an einer paranoiden Psychose leide. Dies habe den Sachverständige überzeugend ausgeführt, davon habe sich das Gericht auch bei der Hauptverhandlung selbst überzeugen können. Gerügt wird nun aber durch das Oberlandesgericht, daß nicht erkennbar sei, unter welchen geistigen Abartigkeiten und Wahnsinnen der Angeklagte leide, ob sie zur Zeit der Tat vorgelegen hätten und welchen Grad sie zu dieser Zeit erreicht gehabt hätten. Der Senat sei deshalb nicht in der Lage zu beurteilen, ob die Überzeugung des Landgerichts, daß der Angeklagte unzurechnungsfähig gewesen sei, von Rechtsfehlern frei sein. — Ähnlich verhält es sich bezüglich der Frage der Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt, die das Landgericht nach den Bestimmungen des § 42b StGB angeordnet hatte. Das Landgericht hatte ausgeführt, daß der Angeklagte eine erhebliche Gefahr für den Rechtsfrieden darstelle und mit großer Wahrscheinlichkeit, falls die Unterbringung nicht erfolge, weitere Straftaten zu erwarten seien. Seine Bedrohungen gingen über das Maß unangenehmer Belästigungen hinaus und deuteten darauf hin, daß der Angeklagte diese Bedrohungen auch in die Tat unzusetzen vermöge. (Unter anderem hatte der Angeklagte einen Beamten damit bedroht, daß er sein Kind, das in einem Heim untergebracht war und das er zurückhalten wollte, bei einer gegenteiligen Entscheidung umbringen