

Photokopien, Durchschläge, Duplikate im Register sowie andere Bezüge müssen zur Abklärung einer strittigen Eintragung herangezogen werden. Nicht in jedem Fall werden beide Methoden Erfolg haben, jedoch sind es die einzigen Wege zur Klärung, wenn eine Entzifferung wegen zu gründlicher Rasur nicht möglich ist.

BOSCH (Heidelberg)

Versicherungs- und Arbeitsmedizin

E. Töppich, H. Strohe und H. Becke: Zur Vermeidbarkeit von Beschwerdeverfahren im ärztlichen Begutachtungswesen. Dtsch. Gesundh.-Wes. 23, 218—227 (1968).

Kritische Auswertung von 110 Erst- bzw. Vorgutachten für Rentengewährung, die aufwendige und zeitraubende Beschwerdeverfahren auslösten, aus der Zeit vor dem Wirksamwerden der Anweisung Nr. 1 des Ministeriums für Gesundheitswesen über die Organisation des ärztlichen Begutachtungswesens vom 20. 9. 1965. Die Begutachtung im Beschwerdeverfahren erstreckte sich auf 101 Frauen und 9 Männer. Bei 44 kamen Verff. bei der Nachuntersuchung zu einem abweichenden Ergebnis. 6 weitere Versicherte mußten einer psychiatrischen Fachbegutachtung zugeführt werden. Folgende 4 Hauptursachen erklären die Differenz zur Entscheidung des Vorgutachters sowie den Anreiz zur Beschwerdeführung von seiten des Versicherten: 1. Unzweckmäßige Wahl des Erstgutachters durch Nichtbeachtung des zuständigen Fachgebietes (vor Wirksamwerden der Neuregelung des Begutachtungswesens wurden die Gutachten von medizinischen Laien vergeben). Auf die Wichtigkeit sinnvoller Facharztkombinationen im Untersuchungsverfahren sowie auf ihre kollegiale Zusammenarbeit wird verwiesen. Zur Entlastung des Gutachters ist ein reibungslos funktionierender Sekretariatsbetrieb unerlässlich. 2. Unzureichende Gründlichkeit bei der Erhebung der Anamnese und ärztlicher sowie medizinisch-technischer Untersuchungsbefunde: Verff. fordern für das Gutachten eine lückenlose Befunderhebung mit einem entsprechenden Aufwand von technischen Untersuchungsverfahren im Rahmen eines routinemäßigen Minimalprogramms. Bei Frauen ist eine zusätzliche fachgynäkologische Untersuchung mit Kolposkopie unerlässlich. 3. Unzureichende Gründlichkeit und Sachkenntnis bei der Beurteilung der Befunde im Hinblick auf die Fragestellung (Invaliditätsbegriff). Hervorgehoben wird dabei u. a. die Fehldeutung des EKG und die Nichtbeachtung sonst richtiger Befunde. Bei 24 Beschwerdeführern ist aus solchen Gründen die Invalidität im Erstgutachten verneint worden, bei 22 von ihnen mußte auf Grund der Ergebnisse des Beschwerdeverfahrens der Invalidisierung zugestimmt werden. 4. Unzweckmäßige Verhaltensweisen des Erstgutachters gegenüber dem Rentenansprecher. Als solche werden Formulierungen genannt, die an der Sachlichkeit und Unbefangenheit des Erstgutachters Zweifel aufkommen ließen. Vorstehendes wird anhand von 6 ausführlich dargestellten Fällen sowie 6 Tabellen belegt. Als Schlussfolgerung Diskussion entsprechender Verbesserungsmöglichkeiten sowie Forderung nach wirksamerer Ausbildung im Begutachtungswesen.

WOLFF (Magdeburg)

Robert Schmelcher: Richtlinien über tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung. Dtsch. med. Wschr. 93, 882—883 (1968).

Der Bundesarbeitsminister hat im Bundesanzeiger Nr. 180 vom 23. 9. 1967 Richtlinien darüber veröffentlicht, unter welchen Umständen tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie Gegenstand der Behandlung im Rahmen der Krankenversicherung sein kann. Über die Übernahme der Kosten soll durch ein Gutachterverfahren entschieden werden, ebenso über die Höhe der Gebühren. Eine Behandlung auf Kosten der Krankenkassen ist nur zulässig, wenn Krankheiten im Sinne der RVO geheilt oder gebessert werden können, nicht jedoch, wenn die Behandlung ausschließlich zur sozialen Anpassung, zur Berufsförderung oder zur Behebung der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit vorgenommen wird. In Betracht kommen Angstneurosen, Phobien, reaktive Verstimmungszustände, Organneurosen und vegetativ funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie. Zweckneurosen, durch Psychopathie bedingte Zustände und neurotische Zustandsbilder, die fest fixiert sind, sollen nicht zu Lasten der Krankenkassen behandelt werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

H. Grömig: Abgrenzung der Aufgaben zwischen ärztlichem Sachverständigen und Richter. Med. Mschr. 22, 237—238 (1968).

Besprechung eines Urteils des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 15. 7. 58 (L 13 J 134/58). Es handelte sich um eine Abschätzung der Erwerbsminderung. Nach dem

Inhalt des Urteils muß sich der Richter weitgehend der Hilfe des Sachverständigen bedienen. Es geht nicht an, daß er sich auf den eigenen Eindruck verläßt, den er von dem Kläger gewonnen hat. Ist der Sachverständige unzulänglich, geht er z. B. auf die rechtlichen Verhältnisse nicht ein, so ist der Richter verpflichtet, einen anderen, mehr geeigneten Sachverständigen zuzuziehen.
B. MUELLER (Heidelberg)

A. Tillmann: Die Kostenträgerin SUVA. [Schweiz. Unfallversicherungsanst., Luzern.] [Schweiz. Ges. f. Soz.-Med., Bern, 15. X. 1967.] Praxis (Bern) 57, 869—874 (1968).

Bei der SUVA (Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt) sind derzeit etwa zwei Drittel der schweizerischen Arbeitnehmer obligatorisch versichert. Das Jahresbudget beträgt ca. 600 Mill. SFr. Die Institution wirkt erstens präventiv: Durchsetzung der Unfallverhütungsmaßnahmen. So können gesundheitsgefährdete Leute zum Arbeitswechsel gezwungen werden. Zweitens richtet sie Leistungen aus ähnlich der EMV bei Betriebs- und Nichtbetriebsunfällen sowie bei gewissen Berufskrankheiten. Letztere sind in Verordnungen genau umschrieben (chronische Vergiftungen gemäß Liste, mechanische, thermische oder Strahlenschäden, Staublungen etc.). Freiwillig werden zudem Meniscusschäden, Muskel- und Sehnenrisse sowie andere umstrittene Schädigungen übernommen. Bezüglich des Unfallbegriffs hält sich die SUVA an die durch die Judikatur festgelegte „von außen kommende, plötzliche, nicht beabsichtigte, außergewöhnliche Schädigung“. Unter den Nichtbetriebsunfällen wirken sich die Verkehrsunfälle am verhängnisvollsten aus, unter den Berufskrankheiten die Staublungen. Die SUVA besitzt einen gut ausgebauten ärztlichen Dienst, provisorische Werkspitäler in abgelegenen Gebirgsgebieten sowie ein Thermalbad. Eine weitere Behandlungsstätte ist geplant. HANSPETER HARTMANN (Zürich)

Robert Schmelcher: Keine Operationsduldungspflicht der Kriegsbeschädigten. Dtsch. med. Wschr. 93, 502 (1968).

Nach einem Urteil des Verwaltungsgerichtshofes Baden-Württemberg vom 27. 6. 1967 ist davon auszugehen, daß ein Kriegsbeschädigter im Gegensatz zu Kranken und Verletzten im Sozialhilfe- und Sozialversicherungsrecht nach dem Willen des Gesetzgebers jede Operation, aus welchen Gründen auch immer, verweigern kann, ohne daß ihm hierdurch Rechtsnachteile entstehen dürfen.
LIEBHARDT (Freiburg i. Br.)

E. Deisenhammer, O. Schnopfhagen und G. Weiser: Hirntumor und Unfall. [O. Ö. Landesheilanst. Niedernhart, Linz.] Wien. med. Wschr. 118, 565—566 (1968).

Bridget V. Foley and John P. Corridan: Occupational brucellosis in County Cork. [Reg. Labor. Serv., Cork Hlth Authority and Dept. Soc. Med., Univ. Coll., Cork.] Brit. J. industr. Med. 25, 126—130 (1968).

H. H. von Arnim: Über den verschlimmernden Einfluß der Asbestose auf die Lungentuberkulose — neue Gesichtspunkte zur Entschädigungspflicht — (weitere Kombinationsfälle). [Lungenheilst., Ev. Diakonissenanst., Schwäbisch-Hall.] Med. Sachverständige 63, 266—276 (1967).

Das im Titel genannte Thema wird anhand der betreffenden Literatur ausführlich und gründlich diskutiert. Außerdem sind 2 Erkrankungsfälle mit gesicherter Asbestose kombiniert mit aktiver Lungentuberkulose und ein Fall von Siliko-Tuberkulose beschrieben und in ihrer Begutachtung konfrontiert, um zu zeigen, daß vorderhand eine Asbeststaub-Lungentuberkulose verglichen mit der Siliko-Tuberkulose zu Unrecht nicht entschädigt wird. (11 Abb.)

ANTWEILER (Düsseldorf)^{oo}

Tibor Gáti, Péter Keszler, József Sós und Tivarda Zelles: Über die Wirkung der Vibration auf den Blutdruck. Orv. Hetil. 109, 1353—1356 mit dtsh. u. engl. Zus.fass. (1968) [Ungarisch].

Bei Ratten erzeugt eine über 1 Std dauernde Vibration von horizontaler Richtung eine über 2 Std dauernde hypertensive Reaktion. Die Wirkung der Vibration hängt von dem Werte der Beschleunigung, innerhalb desselben von der Amplitude und betont von der Frequenz ab. In der auf die Einwirkung folgenden 2. Std können zwar normale Werte festgestellt werden, es besteht aber eine entschiedene Steigerung der Empfindlichkeit in pressorischer Richtung. In der Richtung der depressiven Wirkung ist die Empfindlichkeit eher gesunken. Regitin wehrt die Vibrations-Hypertonie ab, Nialamid steigert den hypertensiven Effekt der Vibration. Beide Wirkungen weisen auf die Rolle der Katecholamine hin.
Zusammenfassung

W. van Ganse: Allergies respiratoires d'origine professionnelle provoquées par les bois exotiques. [Labor. Gezondheidsleer en Soc. Geneesk., Gent.] Arch. Mal. prof. 29, 205—212 (1968).

H. Pietschmann: Das vegetativ-orthostatische Kreislaufsyndrom und seine Beurteilung in der Rentenversicherung. Med. Welt, N. F., 19, 1276—1281 u. 1323—1328 (1968).

Das vegetativ-orthostatische Kreislaufsyndrom wird in ätiopathogenetischer Hinsicht anhand der einschlägigen Literatur dargestellt. Es wird vorgeschlagen, mit Bewertungen sehr zurückhaltend zu bleiben, stattdessen aber ein angemessenes körperliches Training und eine gezielte Medikation in die Wege zu leiten, um die multifaktoriell determinierte Leistungseinbuße zu kompensieren. Für die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben empfiehlt es sich, leichte Arbeiten auszuwählen, die keine Immobilisierung mit sich bringen, also Tätigkeiten, die einen Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen ermöglichen. Die Überlegungen gewinnen besonders für die primäre Berufsberatung und die Rekonvaleszenz Kreislaufstabiler Bedeutung. Das Augenmerk des Gutachters sollte aber auch auf die Abgrenzung neurologischer Erkrankungen und auf die Erkennung psychoreaktiver Störungen gerichtet sein, da viele dieser Leiden eine vegetative Außensymptomatik aufweisen.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

Othard Raestrup: Die Prognostik der Gicht. Beurteilung in der Lebensversicherungsmedizin. Münch. med. Wschr. 110, 1249—1255 (1968).

In letzter Zeit ist eine Morbiditätszunahme der Gichterkrankungen um 1—5% zu beobachten, nur etwa $\frac{1}{3}$ dieser Fälle wird diagnostisch zutreffend bewertet. Für die Lebensversicherungsmedizin erhält die Erkennung und Bewertung des Krankheitsverlaufes besonders hinsichtlich der Risikoeinschätzung Bedeutung. Primäre Gicht, verursacht durch ein autosomales Gen, ist durch Purinstoffwechselstörungen gekennzeichnet, die entweder durch Überproduktion von Harnsäure (HS) oder, nach anderer Ansicht, durch Störungen der tubulären HS-Sekretion in den Nieren bedingt wird. Betroffen werden meist Pykniker im 4. Lebensjahrzehnt, die hereditär mit Stoffwechselstörungen belastet sind. Langzeitbeobachtung, monoartikuläres Auftreten von Entzündungserscheinungen, Tophi, Harnsäurewerte über 6,5 mg-%, Leukocytose und Alphaglobulinvermehrung, Röntgenaufnahmen und die Murexidprobe lassen die Diagnose wahrscheinlich werden, beweisend ist jedoch erst ein positiver HS-Pool, d.h. eine fortdauernde und erhöhte HS-Ausscheidung unter urikosurischer Therapie (Colchicin, ACTH etc.). Die besondere Bedeutung für die Assekuranz liegt in den Begleiterkrankungen, die die Lebenserwartung mindern: Nierenleiden, Hochdruck, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen. Prognostische Aussagen sind also nur in Verbindung mit dem klinischen Bild und unter Betrachtung des Längsschnittes des Krankheitsverlaufes und der Therapieerfolge zu treffen. Statistische Daten für Risikobewertung werden dargelegt.

G. MÖLLHOFF

Johannes Hirschmann: Berufsprobleme bei Anfallskranken. [11. Fortbild.-Kurs f. sozialmed. Begutachtungsk. f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 11.—13. X. 1967.] Med. Sachverständige 64, 91—95 (1968).

Sozialmedizinische Untersuchungen (ARNOLD, JANZ, FUCHS, MÖLLHOFF, RABE, SCHORCH, STOLLREITER u.a.) hatten gezeigt, daß in der Bundesrepublik Deutschland z.Z. ca. 300000 Anfallsranke leben, von denen nur etwa 10% längerdauernder Klinikbehandlung bedürfen; die Morbidität ist mit 0,5% veranschlagt, sog. ungünstige Verläufe sind nur in 10% anzunehmen. Leider ist ein großer Teil der Epileptiker unzureichend medikamentös eingestellt und unangemessen früh in die Rente abgedrängt worden. Viele dieser Patienten sind bei adäquater Therapie, gezielter Arbeitsplatzvermittlung und geschickter Umweltberatung wieder in das Erwerbsleben einzugliedern bzw. im Arbeitsprozeß zu halten. Die rehabilitativen Bemühungen müssen Intelligenz, Neigungen und das Ausmaß echter psychischer Leistungseinbußen, wie auch Art und Ausmaß der erreichten Pharmakotherapie berücksichtigen. Viele der sog. „typischen epileptischen Wesensänderungen“ erweisen sich bei näherer Analyse als psycho-reaktive Verhaltensweise auf die mißtrauische, beargwöhnende und abwartende Einstellung der Umwelt. Herausnahme aus der Unfallgefährdung, Einhaltung der Dauermedikation mit dem Ergebnis weitgehender Anfallfreiheit und Erreichung einer spannungsarmen Umwelt, erbringen auch Skeptiker überzeugende Wiedereingliederungsergebnisse.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

R. P. Lund, J. Häggedal and G. Johnsson: Withdrawal symptoms in workers exposed to nitroglycerine. [AB Bofors Nobelkrut, Bofors, and Dept. Pharmacol., Univ., Göteborg.] Brit. J. industr. Med. 25, 136—138 (1968).

F. E. Räätsch: Der Herztod bei Lungentuberkulose in gutachtlicher Sicht. Med. Sachverständige 63, 282—288 (1967).

Der Bericht beschäftigt sich mit der oft schwierigen Entscheidung, ob der Tod eines Kriegsbeschädigten infolge seiner anerkannten Schädigungsfolgen eingetreten ist und Hinterbliebenenrente gewährt werden kann. Bei Schwerkriegsbeschädigten mit Lungentuberkulose trifft dies auf Grund einer Untersuchung aller in den Jahren 1961—1965 in Schleswig-Holstein Verstorbenen dieser Beschädigtengruppe in 66,4% auch zu. Bei Beurteilung aller lungentuberkulösen Kriegsbeschädigten zusammengenommen stand der Herz- und KreislaufTod mit 59,8% weit an der Spitze aller Todesursachen. Aufgabe des Gutachters ist es zunächst, die eigentliche Todesursache zu ermitteln, die er seinen gutachtlichen Erwägungen zugrunde legen muß. Er hat zu entscheiden, ob es sich um den klassischen Phthisetod im Marasmus durch Kreislaufkollaps und akute Herzschwäche, um eindeutiges Rechtsherzversagen bei chronischer Drucksteigerung im kleinen Kreislauf oder um einen Herzinfarkt handelt. Im Zweifelsfall sollte stets eine Obduktion veranlaßt werden. Nach der neueren Literatur muß mit einer Zunahme des Cor pulmonale bei Lungentuberkulose gerechnet werden. Unter den tuberkulösen Schwerbeschädigten des Verf., die in den Jahren 1961—1965 an Herz- und Kreislaufversagen starben, bildete in 31,7% der Fälle ein dekompensiertes Cor pulmonale die Todesursache. Häufig wird die infolge der chronischen Lungentuberkulose und der Residuen operativer Eingriffe aus der vorbakteriostatischen Ära der ersten Nachkriegszeit langdauernde und zunehmende Drucksteigerung im kleinen Kreislauf bei Lebzeiten nicht erkannt. Bei allen durch Sektionsbefund oder eindeutige klinische Befunde nicht ausreichend geklärten Fällen muß das chronische Cor pulmonale in den Bereich der gutachtlichen Erörterungen gezogen werden. Dabei ist es wichtig, die klinischen Einzelbefunde in die richtige Relation zueinander zu bringen. Beispiele werden angeführt. — Von 204 in den Jahren 1961—1965 verstorbenen lungentuberkulösen Schwerbeschädigten starben 21 (10,3%) im Anschluß an einen Herzinfarkt. Als pathologisch-anatomische Grundlage des Herzinfarkts hat in der Regel die Coronarsklerose zu gelten. Der Gutachter wird aber nach dem gegenwärtigen Stand unseres Wissens seinen Erwägungen die Tatsache zugrunde legen müssen, daß eine Förderung der Coronarsklerose durch eine Tuberkulose als unwahrscheinlich angenommen werden darf. Ebenso ist es unwahrscheinlich, daß eine Coronarinsuffizienz durch eine Hypoxämie bei Tuberkulose hervorgerufen wird. Eine neuerdings behauptete Beeinträchtigung des li. Ventrikels durch ein Cor pulmonale ist umstritten. Die neuesten Untersuchungen führten zu dem Ergebnis, daß das Auftreten und der Verlauf eines Herzinfarkts durch das gleichzeitige Bestehen chronischer Lungenkrankheiten und selbst schwerer Silikosen nicht nachteilig beeinflusst werden.

Hess (Karlsruhe)^{oo}

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

● **Hans Jörg Weitbrecht: Psychiatrie im Grundriß.** 2., überarb. Aufl. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1968. XVI, 490 S. u. 24 Abb. Geb. DM 38,—.

Das klar gegliederte, anerkannte und bewährte Lehrbuch informiert umfassend über alle einschlägigen Fragen unseres Faches, seiner Randgebiete und über die spezifische Problematik der psychiatrischen Klinik in unserer Zeit. — Auch die 2. Auflage des Werkes ist ein Bekenntnis zur Psychiatrie KURT SCHNEIDERS, welches nicht zuletzt in der Einteilung der „Psychopathen“ und in der Stellungnahme zum „Agnostizismusstreit“ innerhalb der forensischen Psychiatrie zum Ausdruck kommt. — Es ist die plastische, unmißverständliche Sprache und die therapeutische Einstellung zum Kranken, die besonders geeignet sind, die traditionelle Scheu vor der Psychiatrie abzubauen, der Begriffsinflation und -unsicherheit innerhalb der modernen Nomenklatur und dem immer wieder einmal auflebenden „Antipsychiatriismus“ durch Sachlichkeit und gesichertes Wissen zu begegnen.

CABANIS (Berlin)

N. Petrilowitsch und R. Baer: Psychopathie 1945—1966. I. und II. [Psychiatr. Univ.-Klin., Mainz.] Fortschr. Neurol. Psychiat. 35, 557—611, 617—649 (1967).

Die nosologische Gruppe der Psychopathen bzw. der abnormen Persönlichkeiten wird auf fast 100 Seiten von den Verf. in einer äußerst sachlichen, vielseitigen und die unterschiedlichsten Schulmeinungen berücksichtigenden Manier abgehandelt, ohne dabei eine bloß kompilatorische Ansammlung zu bringen. Seit 1945 haben sich in Deutschland, in anderen europäischen Ländern und in Übersee viele hervorragende Psychiater des Themas im ganzen und einzelner Gruppen angenommen und es gewagt, sich dieser etwas extremeren Gruppe aus der Fülle der menschlichen Erscheinungen diagnostisch, deutend, entwicklungspsychologisch, typologisch, neuropathologisch und psychotherapeutisch zu nähern. Man kann von diesem Über-