

**P. Hublet:** Enquête relative au risque de pneumoconiose dans la fabrication des ciments de construction. Arch. belges Méd. soc. 26, 417—430 (1968).

**G. C. Seecchi and A. Rezzonico:** Hemolytic activity of asbestos dusts. (Hämolytische Aktivität der Asbeststaubfraktionen.) [Clin. d. Lav., Univ., Milan.] Med. Lav. 59, 1—5 (1968).

Es werden untersucht: Chrysotil, Crocidolit, Amosit, Tridymit, Aerosil, Anthophyllit, amorphes Silicium, Glaspunder,  $TiO_2$  und Anthrazit. Chrysotil zeigt eine starke hämolytische Wirkung, während bei allen anderen Fraktionen keine oder nur geringe Hämolyse beobachtet wurde. Die Aktivität wird durch die Adsorption von Erythrocytenenzymprotein, insbesondere Acetylcholinesterase, erklärt.

H. WEBER (Utersum/Föhr)°°

**G. Pappalardo e A. Zauli:** Qualche osservazione medico-legale in tema di „malattie angioneurotiche“ da strumenti vibranti. (Gerichtsmedizinische Betrachtungen zu der Frage gefäßneurotischer Erkrankungen durch vibrierende Geräte.) [Ist. Med. Meg. e Assicuraz., Univ., Bologna.] Arch. Soc. lombarda Med. leg. 3, 367—379 (1967).

Verff. versuchen zuerst den Begriff gefäßneurotische Erkrankungen zu definieren. Außer der Raynaudschen Erkrankung gehören hierzu auch angiopastische Anfälle und endangitische und thrombotische Störungen, die nach Meinung der Verff. auf den Vibrationsinsult zurückgeführt werden können.

GREINER (Duisburg)

**P. W. Springorum:** Berufliche Meniscusschäden außerhalb des Bergbaus. [Chir. Klin., Knappschafts-Krankenh. I, Gelsenkirchen.] Mschr. Unfallheilk. 71, 288—294 (1968).

Die Analyse von mehr als 9000 vom Autor überblickten Meniscusoperationen hat ergeben: 1. Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Operation ist mit 38,2 Jahren bei Bergleuten und 34,5 Jahren bei Nichtbergleuten sehr ähnlich, liegt aber bei Sportlern mit 28,6 Jahren deutlich niedriger. 2. Subjektive Unfallangaben werden von Bergleuten in 4,7%, von Nichtbergleuten in 11,7% und Sportlern in 22,2% gemacht, spielen also eine untergeordnete Rolle. 3. Zwischen den einzelnen Rißformen bestehen bei den 3 Gruppen keine großen Unterschiede; die Häufigkeit nach fanden sich: Hinterhornrisse, Längsrisse, Vorderhornrisse, Kombinations- und Querrisse. 4. Histologisch überwiegen in allen 3 Gruppen degenerativ veränderte erheblich die degenerationsfreien Fälle. — Es wird der Schluß gezogen, daß der Konstitution eine bisher oft unterschätzte Bedeutung gegenüber exogenen Schädigungsfaktoren zukommt; dafür spricht auch das Auftreten von Meniscusschäden bei weder beruflich noch sportlich Exponierten und bei sehr jugendlichen Individuen. Die Anerkennung als Berufskrankheit (kniebelastende Tätigkeit = den schicksalsmäßigen Ablauf der Meniscopathie beschleunigende schädliche Einwirkung) dürfe daher nicht auf Bergleute beschränkt bleiben, sondern müsse auf alle Versicherte mit ungewöhnlicher Kniebelastung ausgedehnt werden, also beispielsweise auch auf Berufsfußballspieler.

M. H. HACKENBROCH jun. (München)°°

**Jack Girond:** Le contrôle médical des travailleurs étrangers. Sem. méd. (Paris) 44, 377—380 (1968).

## Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

● **Heinz Dietrich:** Manie — Monomanie — Soziopathie und Verbrechen. Stuttgart: Ferdinand Enke 1968. 91 S. DM 19,80.

Verf. bemüht sich um die Abgrenzung des monomanischen Tätertyps vom manischen Delinquenten und dem kriminellen Soziopathen. Eine scharfe Trennung sei oft nicht möglich. Vom

neurologischen Standpunkt her gesehen ermögliche die Analyse des Lebensweges in erster Linie einen Zugang zum psychiatrischen Verständnis. In einem allgemeinen Teil werden diese Tätertypen unter nosologischen, strukturpsychologischen, psychodynamischen aetiologischen und soziologischen Gesichtspunkten analysiert. Der spezielle Teil behandelt die manische monomanische und soziopathische Delinquenz. Die einzelnen Formen werden kasuistisch belegt, wobei die Delikte monomanischer Täter besonders eingehend geschildert werden. Die Kasuistik unterstreicht eine charakteristische Gruppierung, zeigt aber zugleich auch Überschneidungen.

H. LEITHOFF (Mainz)

**S. J. Knox: Epileptic automatism and violence.** (Epileptische Automatismen und Gewalttätigkeit.) [Purdysburn Hosp., Belfast.] Med. Sci. Law 8, 96—104 (1968).

22 männliche und 21 weibliche Patienten im Alter von 14—64 Jahren wurden untersucht, auch die Angehörigen exploriert. Die Patienten litten in Zusammenhang mit Grand-mal- oder Petit-mal-Anfällen (51 %) oder mit psychomotorischen Anfällen (49 %) an Automatismen. (Unter „Automatismen“ werden hier, im Sinne von PENFIELD und JASPER, Zustände verstanden, in denen ein Individuum in relativ normaler Weise sich bewegen und unbewußt handeln kann, ohne sich danach daran zu erinnern, Ref.) Die Automatismen dauerten nur kurze Zeit, bei 80 % der Probanden nur Minuten, nie über 1 Std; beobachtet wurden u.a. zielloses Umherwandern, planloses Suchen von Gegenständen, Hantieren an den Kleidung. Nur 1 der 43 Patienten wirkte auf die Umgebung aggressiv, gefährlich. Keiner der Patienten war straffällig geworden, die Untersuchung erfolgte nicht in Zusammenhang mit einer forensischen Begutachtung. Verf. hält nach seinen Untersuchungen gewalttägiges Handeln während epileptischer Automatismen für ungewöhnlich; bei dennoch vorkommendem kriminellen Verhalten dürften vorbereitende Planungen fehlen, auch Versuche das Handeln zu verborgen. Eine klinische Untersuchung mit Nachweis von Verletzungen bei früheren Anfällen (Zungenbiß) und ein abnormes EEG könnte die Diagnose epileptischer Automatismen stützen, ein normales EEG und Fehlen von Automatismen bei früheren Anfällen schließe sie nicht aus.

R. REINHARDT (Erlangen)

**Dieter Janz: Über das Suchtmoment in der Epilepsie.** [Nervenklin., Univ., Heidelberg.] Nervenarzt 39, 350—355 (1968).

Es ist eine bemerkenswerte Ähnlichkeit in den Vorgängen, die zur Epilepsie und jenen, die zur Sucht führen, feststellbar, wobei auf dem Entwicklungsmoment beider Leidensformen der Akzent zu suchen ist. Ein anfänglich erklärbares Geschehen gerät über den bahnenden Zwang zur Wiederholung in einen Gewohnheitsmechanismus. Auf dem Wege zur Chronifizierung machen die Anfälle einen Bedeutungswandel durch, lösen sich mit ihrer Wiederkehr von überschaubaren Bedingungen und automatisieren sich. Ein solches pathogenetisches Prinzip gilt gleichermaßen für die Entstehung von Epilepsien wie für Suchtformen. Dennoch bleibt diese Analogie solange auf äußere Strukturen beschränkt, bis auch bei Epilepsien der für eine Sucht entscheidende Faktor des süchtigen Verhaltens nachgewiesen ist. Dies ist nicht nur bei den photogenen Anfallsleiden, sondern auch in Fällen von sog. selbstinduzierten Epilepsien möglich. — Verf. legt anhand der Literatur und nach eigenen Beobachtungen entsprechende Kasuistik aus dem Bereich centrencephaler, rhinencephaler und corticaler Epilepsie vor und schließt, daß es Beispiele eines suchtartigen Verhaltens bei allen Formen von Epilepsie gibt. — Die Klärung der Entstehungsweise konzentriert sich auf 3 Komplexe: 1. Vom Individuum wird die Möglichkeit zur Selbstauslösung von Anfällen rein zufällig entdeckt. Sie basiert auf der Voraussetzung einer endogenen spezifischen Sensibilität und der einmal erworbenen Erfahrung, daß Anfälle in einer bestimmten, jederzeit wiederholbaren Konstellation zur Auslösung gebracht werden können. — 2. Die meisten Patienten mit durch exogene Situationen auslösbaren Anfällen meiden die Bedingungen. Für die anderen, die diese immer wieder aufzusuchen, darf ein Lustgewinn angenommen werden, der persönlichen Motiven entspringt. Die Einübung der Provokation bis zum Wiederholungszwang hat neurotischen Charakter. Werden mit den Anfällen auch noch Unliebsamkeiten umgangen, kann ein sekundärer Krankheitsgewinn hinzutreten. — 3. Schließlich resultiert eine psychophysische Struktur, die alle Kennzeichen der Sucht trägt: sensueller Reizgewinn auf Kosten des Kontaktes mit der Umwelt, zunehmender Mangel an Einsicht in die Schädlichkeit des Vorgangs und ein gegen Unterbrechung und Entwöhnung eingefleischter Zwang.

W. KÖHLER (Heiligenhafen)<sup>oo</sup>

**U. Zimmermann:** Gibt es einen „gewöhnlichen Nervenzusammenbruch“? und **W. Mühlbacher:** Schlußwort. Med. Welt, N.F. 19, 2489—2490 u. 2491 (1968).

Die Ausdrücke Nervenzusammenbruch und vegetative Dystonie hält Verf. für Schlagwortdiagnosen. Die Ausdrücke sind nur berechtigt, wenn gewisse Grundleiden vorliegen. In Betracht kommen cyclothym-stimmungslabile Persönlichkeiten, psycho-vegetative Störungen bei ehemaligen Kz.-Häftlingen, Initialstadien schizophrener Psychosen, beginnende Hirntumoren, Zustände nach Hirntraumen, beginnende Hirnsklerosen, Medikamentenabusus, Intoxikationen bei der Arbeit mit industriellen Lösungsmitteln und Schwermetallen, chronische Infektionen, endokrine Erkrankungen, Geschwulstleiden u.a.

B. MUELLER (Heidelberg)

**E. Schubert:** Die Rentenneurose in juristischer Sicht. Med. Klin. 61, 1802—1805 u. 1841—1844 (1966).

Als „Rentenneurose“ bezeichnet Verf. psychoreaktive Fehlhaltungen mit finaler Ausrichtung auf materielle Vorteile gegenüber einem Versicherungsträger; unter diesen Begriff subsumiert er und auch, der BSG-Fomulierung folgend, „Tendenzneurosen“, die ihr charakteristisches Gepräge erst durch nachträglich sich bildende Rechts- und Begehrungsvoerstellungen erhalten. Nach der Rechtsprechung des BSG kann „Neurose“ ebenso zu einer Krankheit werden wie ein organisches Leiden, ärztlicherseits wird indessen oft nur konzediert, daß man dieser Form seelischen Gestörtseins allenfalls „Krankheitswert“ beimesse könne. Der BGH hat in der rechtlichen Bewertung neurotischer Störungen der Freiheitsfrage, dem Ausmaß der neurotisch bedingten Einschränkung freien, normadiquaten Handels und Verhaltens, entscheidende Bedeutung beigegeben. Im Zivilrecht schätzt man daher auch die Fähigkeit des Anderskönnen ab, das Strafrecht dagegen bewertet den Krankheitswert des Zustandes eines neurotischen Täters. Determinismus, von Anhängern tiefenpsychologischer Richtungen in der Psychiatrie vertreten, steht hier dem Indeterminismus entgegen, der u.a. bekanntlich mit dem Argument gestützt wird, daß Grundgesetz und christliche Weltanschauung des Bekenntnis zur grundsächlichen Willensfreiheit implizierten. „Agnostiker“, oft synonym mit der tradierten psychiatrischen Lehre, meinen im Gegensatz zu den „Gnostikern“ weder Determinationsstrukturen noch Ausmaß der Neurose zutreffend differenzieren und damit auch deren Krankheitswert nicht einschätzen zu können; der Arzt könnte mithin nur „Werturteile“ geben, nicht aber „Beweise“ führen. Dem Antragsteller fiele aber damit die objektive Feststellungslast dafür zu, daß er seine Hemmungen nicht zu überwinden vermöge. Im Zivilrecht ist von der Adäquanztheorie (vgl. BGHZ 3, 261) auszugehen, allgemein anerkannt ist, daß jede „Rentenneurose“ mit dem Schädigungsergebnis im Zusammenhang steht, es kommt im wesentlichen nur auf die Haftungsbegrenzung an; der VI. BSG Senat hat im Urteil vom 28. 9. 65 dargelegt, daß diese nicht davon abhängig sein könne, daß im Einzelfall die Feststellung getroffen werde, der Neurotiker sei nach Aberkennung der Schadensersatzansprüche in der Lage, seinen Versagenszustand zu überwinden. Der BEG Senat hat dem gegenüber mit mitwirkendem Verschulden (§ 254 BGB) argumentiert und ausgeführt, daß der Geschädigte Haftungsansprüche verliere, wenn er schuldhaft versäume, seine körperlichen und geistigen Kräfte zur Minderung oder Beseitigung des Schadens einzusetzen. Einwände: keine freie Verfügbarkeit des Neurotikers über die seelische Fehlhaltung, Nachweisschwierigkeiten der Schulhaftigkeit und des fahrlässigen Verhaltens. Verf. meint, im „erlebnisbedingten Persönlichkeitswandel“ ein „allzu einleuchtendes Schlagwort“ zu erkennen, das die Rechtsprechung zu dem wenig erfolgreichen Versuch veranlaßt habe, die Lösung des Neuroseproblems in der Frage mitwirkenden Verschuldens zu lösen. In der UV und KOV (§§ 556ff. RVO n.F. und 10ff. BVG) ist der Aktualbehandlung besondere Beachtung zu widmen; vor einer MdE.-Bemessung ist, sofern überhaupt ein Dauerschaden (BSG 23, 193, 194) vorliegt, die Kausalfrage zu ventilieren, insbesondere ob der Unfall, bzw. die Schädigung wirklich die „wesentliche Ursache“ ist und ob nicht die Eigengesetzlichkeit psychoreaktiver Entwicklungen mit täglicher Verfestigung der Symptomatik dominiert. Rentenneurosen fallen im allgemeinen zunächst in die Zuständigkeit der KV, die Rentenversicherungsträger geben Zuschüsse für psychotherapeutische Bemühungen, sofern „Krankheit“ bzw. „Arbeitsunfähigkeit“ im versicherungsrechtlichen Sinne vorliegt. In der Rentenversicherung haben Rehabilitationsmaßnahmen Vorrang (§§ 1236ff. RVO n.F. 13 AVG) zumeist wird „Rente auf Zeit“ (§§ 1276 RVO bzw. 20 AVG) ausreichen, zumal katamnestische Erhebungen zeigen, daß Neurosen gut behandlungsfähig und auch der Besserung zugängig sind. Bei fehlender Mitarbeit bleibt Rentenversagung gem. §§ 1243 RVO bzw. 20 AVG zu erwägen.

G. MöLLHOFF (Heidelberg)

**H. H. A. Cooper: Toward a rational doctrine of criminal responsibility.** (Um eine verhünftige Lehre von der strafrechtlichen Verantwortlichkeit.) *J. crim. Law Pol. Sci.* 59, 338—346 (1968).

Dem amerikanischen Strafrecht gebriicht es an einer eindeutigen, klaren Regelung des Begriffs der strafrechtlichen Verantwortlichkeit. Verf. unternimmt den Versuch, eine dogmatische Klärung dieses Begriffs, dessen in Amerika übliche Bezeichnung „mens rea“ dem amerikanischen Strafrechtler keine Hilfe ist, zu finden. Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß einem Menschen sein pflichtwidriges Handeln oder Unterlassen zugerechnet werden muß, wenn er sich hierbei in einem rechtserheblichen Zustand der Vernunft befunden hat. Dieser Zustand soll rechtserheblich sein, wenn das Rechtssystem ihm Bedeutung für die Vorwerbarkeit und die strafrechtlichen Folgen beimißt. Damit ist die Frage der Rechtserheblichkeit ein Faktor der Kriminalpolitik. — Die Darstellung zeigt, wie verschieden kontinentales und anglo-amerikanisches Rechtsdenken sind.

HÄNDEL (Waldshut)

**StPO § 81 (Befugnisse eines Sachverständigen bei der Gutachtenerstellung hinsichtlich des Geisteszustandes des Beschuldigten).** Über die Befugnisse eines Sachverständigen, der auf Grund der Beobachtung in einer Heil- oder Pflegeanstalt ein Gutachten über den Geisteszustand des Beschuldigten erstatten soll. [BGH, Urt. v. 6. 9. 68 — 4 StR 339/68 (LG Essen).] Neue jur. Wschr., 21, 2297—2298 (1968).

Interessant sind für den forensischen Psychiater, der die aktuellen Auseinandersetzungen über die Aufgaben des Sachverständigen im Strafprozeß verfolgt, die in diesem BGH-Urteil hervorgehobenen und auch in der früheren Rechtsprechung getroffenen Feststellungen, daß er als Gutachter nicht als ein Organ der Strafverfolgungsbehörde anzusehen ist. Seine Aufgabe kann es deshalb auch nicht sein, durch seine Tätigkeit unmittelbar zur Klärung beizutragen, ob der Beschuldigte die ihm vorgeworfene Straftat begangen hat. Die Belehrung eines Beschuldigten, daß er sich zur Sache nicht zu äußern brauche, fällt nicht in den Aufgabenbereich des Sachverständigen, da für ihn eine entsprechende Vorschrift in der StPO fehlt. Welche Unterlagen ein psychiatrischer Sachverständiger benötigt, der ein Gutachten über den Geisteszustand des Beschuldigten erstatten soll, muß seiner sachkundigen Beurteilung und seinem Ermessen überlassen bleiben. So wird in vielen Fällen für ihn von Bedeutung sein, was der Beschuldigte über die ihm vorgeworfene Tat zu sagen hat. Deshalb könnte es dem Sachverständigen auch nicht verwehrt werden, darauf hinzielende Fragen an den Beschuldigten zu richten. PHILLIP (Berlin)

**Max Kohlhaas: Zweifelsfragen zu § 81a StPO aus ärztlicher Sicht.** Neue jur. Wschr. 21, 2277—2278 (1968).

Zweifelsfragen bei der Anwendung des § 81 StPO können sich vornehmlich bei eiligen Fällen ergeben, bei denen der Untersuchungserfolg durch jede Verzögerung gefährdet wird und eine richterliche Bestellung eines Sachverständigen vorweg aus Zeitgründen nicht möglich ist. Ob ein bestimmter Eingriff ohne Gefahr für den Betroffenen vorgenommen werden kann oder nicht, läßt sich nicht abstrakt entscheiden — etwa in Form eines Katalogs —, sondern nur in Kenntnis aller Umstände des konkreten Falls. Kein Arzt ist gezwungen, auf Anordnung der Staatsanwaltschaft oder der Polizei gewissermaßen automatisch tätig zu werden. Er wird immer einen Eingriff nach § 81 StPO nicht nur verweigern dürfen; er wird ihn sogar verweigern müssen, wenn er ihn angesichts ungenügender Kenntnisse vom gesundheitlichen Status des Betroffenen für möglicherweise gefährlich hält.

RASCH (Köln)