

Referate

Allgemeines, einschließlich Verkehrsmedizin

- Robert D. Eastham: **Klinische Hämatologie.** Übers. u. ergänzt von G. RUHRMANN. (Heidelberger Taschenbücher. Bd. 46.) Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1968. VI, 215 S. DM 8,80.

Verf. ist beratender Pathologe einer Gruppe von Krankenhäusern in Bristol und Newcastle, der Übersetzer, der den Text ergänzt hat, ist Dozent und arbeitet an der St. Hedwigs-Klinik in Regensburg. Die Hämatologie ist mehr und mehr Spezialgebiet geworden. Verf. gibt in prägnantem Stil Richtlinien für die Auswertung von Laboratoriumsbefunden. Das Prinzip der Methoden wird erwähnt, die Methodik selbst wird nicht geschildert. Das Buch gliedert sich in die Abschnitte Hämoglobin und verwandte Pigmente, die Erythrocyten, Anämie, periphere weiße Blutzellen, Knochenmark, Blutungen, Blutgerinnung und Transfusion. Die geläufigen Abkürzungen, mit denen der Nichtbewanderte oft nicht zurechtkommt, werden erläutert. Für die Nomenklatur werden die Synonima angegeben. Folgende Beispiele mögen hervorgehoben werden: Als Methode für die Bestimmung des CO-Hb wird die Benutzung des Spektroskops, das Reversionsspektroskop und die Gaschromatographie empfohlen. Das Blut des normalen Rauchers enthält bis zu 5% CO-Hb. Symptombefrei bleibt der Betroffene bei einem Gehalt von 15–20%, Bewußtlosigkeit tritt bei 50–70% und ein rascher Tod bei mehr als 80% ein. Erwähnt werden die Plasma-Haptoglobine, die Vererbung wird kurz angegeben, eine kleine Zahl normaler Kinder und Erwachsener hat kein nachweisbares Haptoglobin im Plasma. Der Gerinnungsfaktor IX hat, um dieses Beispiel anzuführen, folgende Synonima: Christmas-Faktor- Plasma-Thromboplastin-Komponente = PTC, Antihämophiles Globulin B, Plasma-Thromboplastin-Komponente B. Relativ ausführlich werden Transfusionszwischenfälle dargelegt. — Das Buch ist sehr wertvoll für den Krankenhausinternisten und den Praktiker mit internistischer Darstellung für die Auswertung der Laboratoriumsbefunde, auch der Arzt als Gutachter, zu dessen Aufgaben die Ausdeutung von Krankengeschichten gehört, wird von dem Buche beim Nachschlagen großen Nutzen haben.

B. MUELLER (Heidelberg)

- Johann Fischer: **Die kriminalpolizeiliche Todesermittlung.** (Schriftenr. d. Bundeskriminalamtes. 1968/3.) Wiesbaden: Bundeskriminalamt 1968. 119 S.

Verf. ist Kriminaloberamtmann im Polizeipräsidium in München; man merkt dem Text seiner Ausführungen an, daß er weitgehende persönliche Erfahrungen hat. Gebracht werden zunächst Richtlinien über das allgemeine Verhalten der Beamten am Tat- und Auffindungsort. Man soll die Zeugen zwar freundlich und ruhig anhören, jedoch nicht allzu vertrauensselig sein; Verf. bringt treffende Beispiele dafür, wie Angehörige mit großer Beredsamkeit über den Todesfall berichteten, der infolge einer Krankheit, etwa eines Schlaganfalles eingetreten sei, während sich bei der späteren Nachprüfung eine Tötung herausstellte. Die Todeszeichen werden aufgezählt. Mit Recht warnt Verf. davor, allzu rasch den Tod festzustellen, in einem Beispiel berichtet er, daß ein Arzt nach einer Schlafmittelvergiftung den Tod feststellte, während die Polizeibeamten, die nachher eintrafen, noch Atmung und Pulsschlag beobachten konnten, die Vergiftete kam durch. Als sichere Todeszeichen werden Totenstarre, Totenflecke, Fäulnis und Verwesung bezeichnet, die sog. kataleptische Totenstarre wird erwähnt und „Leichenkrampf“ genannt (Kasuistik). Bezüglich der Schätzung der Todeszeit wird Vorsicht empfohlen, die Schnelligkeit der Abkühlung richtet sich sehr erheblich nach der Außentemperatur. Verf. weist bezüglich der Leichenschau auf die verschiedenen Verhältnisse in den Bundesländern hin. In Bayern und Baden-Württemberg gibt es die Bezirksleichenschau, in den norddeutschen Ländern kann jeder Arzt als Leichenschauer fungieren. Nicht überall haben die Ärzte, die die Leichenschau vornehmen, die Verpflichtung, Verdacht auf einen nichtnatürlichen Tod der Polizei mitzuteilen. Die Vorschriften über die Durchführung der gerichtlichem Sektion werden geschildert, der zuständige Staatsanwalt und der Polizeibeamte haben das Recht, anwesend zu sein. Alle Leichenöffnungen, die nicht vom Richter angeordnet sind, werden als Verwaltungssektionen bezeichnet, für die es in der *Bundesrepublik*

keine gesetzlichen Bestimmungen gibt, wenn man von der Bestimmung des Bundesseuchen-Gesetzes absieht. Die Strafbarkeit einer Sektion ohne Zustimmung, ja sogar gegen den Willen der Angehörigen wird verneint. Verf. weist darauf hin, daß bei der Leichenuntersuchung Pathologen und Gerichtsmediziner nach verschiedenen Gesichtspunkten verfahren. Erwähnt werden weiterhin Richtlinien für die Untersuchung aufgefundenen Feten und neugeborener Kinder. Das Alter von Skelet-Teilen zu schätzen, ist auch für den routinierten Gerichtsmediziner schwer. Besonders eingegangen wird auf Vorschriften über die Untersuchung von Verstorbenen der in Deutschland stationierten NATO-Truppen und auf die Tätigkeit in Katastrophenfällen. Die Sprache ist klar und gut verständlich, auch die fachlichen gerichtsmedizinischen Fragestellungen werden einwandfrei geschildert. — Nicht nur der Kriminal- und Polizeibeamte, auch der als Leichenschauer tätige Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst werden von der Lektüre dieses Heftes Nutzen haben. Es ist nicht über den Buchhandel, sondern nur durch direkte Bestellung beim Bundeskriminalamt zu beziehen.
B. MUELLER (Heidelberg)

● **Boleslaw Popielski: Medycyna i prawo.** 2. edit. (Medizin und Recht.) Warszawa: Państwowy Zakład Wydawn. Lek. 1968. 647 S. [Polnisch] zł. 112,—.

Es ist kein gerichtsmedizinisches Lehrbuch, sondern eine Sammlung von monographischen Schilderungen über ausgewählte Gebiete der gerichtlichen Medizin, auch über das Gutachtenwesen, die ärztliche Berufstätigkeit (unter straf- und zivilrechtlichen Gesichtspunkten) und Standesethik. Besonders schwierige und oft diskutierte Themen wurden aufgenommen, mit denen sich jeder Arzt bei täglicher Arbeit am häufigsten befassen muß. Das Buch führt auch gut die Juristen in die ärztlichen Fragen ein (Untersuchungsbereich, Interpretation usw.) und ermöglicht ihnen das Verständnis dafür, wie schwer der ärztliche Beruf ist, und wie oft der Arzt in Kollision mit dem Recht gerät. Das Buch ist unterteilt in den eigentlichen Text und die Gesetzesvorschriften und Anordnungen. Die juristischen Hauptbegriffe, wie Verschulden, Vergehen, Zurechnungsfähigkeit usw. sind geschildert. Verf. gibt eine Übersicht von polnischen gesetzlichen Vorschriften, die die Trunkenheit im Straßenverkehr betreffen. Beweiswert von Laboruntersuchungen und Rückrechnung der Blutalkoholkonzentration werden diskutiert, ebenso die Schwierigkeiten, die bei der Interpretation von Alkoholuntersuchung im Leichenblut vorkommen. Auch die sexuellen Vergehen sind besprochen. Die wichtigsten Angaben über das Wesen von Individualtod und endgültigem Tod (mit einer modernen Definition des Lebensendes) und über die Sachverständigen-tätigkeit (mit Leichenschau) sind in weiteren Kapiteln enthalten. Auf den praktischen Wert von neuen Labormethoden wird dabei aufmerksam gemacht. Gerichtsmedizinische Beurteilung von Körperverletzungen im Strafprozeß ist sehr eindringlich geschildert. In den nächsten Kapiteln werden wertvolle Hinweise über Untersuchungsgang, Dokumentation und Gutachtenäußerung im Lichte des neuen polnischen Zivilgesetzbuches (aus dem Jahre 1964), vor allem bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, gegeben. Die medizinischen Fragen des sog. Familienkodex (Blutgruppengutachten, Tragzeitgutachten, Zeugungsfähigkeit usw.) sind ausführlich besprochen. Dann folgen besonders interessante Kapitel, die die ärztliche Ethik und Verantwortung betreffen. Verf. geht von dem „Hippokrates-Eidswur“ und deontologischem Kodex aus (in Polen wurden letzters neue „Ethisch-deontologische Grundsätze“ für Ärzte herausgegeben) und erörtert den heutigen Begriff der Schweigepflicht und Euthanasie. Dabei wird das besonders aktuelle Problem von Organverpflanzung und der Lebensverlängerung auf dem Wege der Dysthanasie besprochen. Das Problem der Einwilligung des Patienten und die künstliche Insemination werden kritisch dargestellt. Weitere Kapitel sind dem ärztlichen Kunstfehler und der strafrechtlichen bzw. zivilrechtlichen Verantwortung des Arztes gewidmet. — Ein wertvolles Buch in der rechtsmedizinischen Literatur.
STEFAN RASZEJA (Gdańsk)

Kurt Witthauer: Zum Stand der ärztlichen Versorgung in der Welt. Z. ärztl. Fortbild. (Jena) 62, 1077—1082 (1968).

Die vorliegende Arbeit vermittelt einen Überblick über die Arztdichte in den einzelnen Ländern und Staaten der Erde. Insgesamt werden 138 Staaten erfaßt, was etwa 75% der Erdbevölkerung (1968 = 3,55 Mrd.) entspricht. An der Spitze liegen Israel (420 Einwohner pro Arzt), West-Berlin (450), Sowjetunion (490) gefolgt von Österreich, CSSR und Ungarn (je 560), Bulgarien und Italien (je 610), Belgien, USA und die Bundesrepublik Deutschland werden mit je 700 Einwohner pro Arzt an 10.—12. Stelle aufgeführt. Die geringste Arztdichte weisen die afrikanischen Länder auf. Hier gibt es noch Staaten, wo ein Arzt auf 97 350 Einwohner kommt (Rwanda). Verf. stellt Berechnungen über das Fehl an Ärzten an und bemerkt dazu, daß nur 30% der Welt-

bevölkerung in Ländern lebt, für die eine mittlere Lebenserwartung von 65 Jahren zu erwarten ist. Für etwa 60 % der Menschheit liegt die mittlere Lebenserwartung noch immer unter 50 Jahren. 4 Tabellen veranschaulichen den Text. KREFFT (Fürstenfeldbruck)

H. Pichlmaier, A. Jabour, H. H. Edel u. a.: Die Verpflanzung von Leihennieren beim Menschen. Bericht über 20 Fälle. [Chir. Univ.-Klin., I. Med. Univ.-Klin., München.] Münch. med. Wschr. 110, 491—498 (1968).

Verff. berichten über die Ergebnisse ihrer Nierentransplantation in der Zeit vom Mai 1966 bis November 1967. In diesem Zeitraum wurden 20 Nieren bei 18 Kranken transplantiert. Von diesen 18 Pat. leben 10 mit funktionierender Transplantatniere, 2 Pat. wurden nach Entfernung des Transplantates durch intermittierende Dauerdialyse am Leben erhalten, 6 Pat. starben. Verff. berichten eingehend über die Gewinnung der Transplantate sowie über die Ergebnisse ihrer immunsuppressiven Therapie. Darunter insbesondere über die Behandlung der Abstoßungskrisen. Ferner gehen sie detailliert auf die differentialdiagnostische Unterscheidung zwischen Abstoßungskrise und akutem Nierenversagen ein. Sie erwähnen darüber hinaus, daß viele Transplantate in den ersten Tagen nach der Transplantation wie Schocknieren funktionieren, wobei während dieser initialen Oligurien und Anurien Abstoßungsreaktionen nicht beobachtet worden sind. Histologisch fanden die Autoren die Zeichen einer deutlichen immunologischen Reaktion, nicht bei vorhandenen Schocknieren. BOHLE (Tübingen)^{oo}

G. J. Kremer, F. K. Kößling, H. J. Lange und N. Victor: Bestimmung des Fettgehalts in der Leber. Chemische und histologische Untersuchungen an 150 Leberpunktionen. [II. Med. Klin. u. Poliklin., Path. Inst. u. Inst. f. Statist. u. Dokumentation. Univ., Mainz.] Dtsch. med. Wschr. 94, 163—166 u. 169 (1969).

Jan Stanislaw Olbrycht (6. 5. 1886—18. 1. 1968): [Inst. f. gerichtl. Medizin der Univ. Krakau.] Arch. med. sadowej 18, 5—9 (1968) [Polnisch].

Am 18. I. 1968 starb in Krakau Prof. Dr. med., Dr. jur. h.c. JAN STANISLAW OLBRYCHT, em. Direktor des Institutes für gerichtliche Medizin der Jagellonischen Universität in Krakau. OLBRYCHT, der am 6. 5. 1886 geboren wurde, promovierte 1912 an der Krakauer Universität zum Doktor der gesamten Heilkunde, wandte sich bald der gerichtlichen Medizin zu, habilitierte sich 1920 und wurde bereits 1923 zum außerordentlichen Professor ernannt. Seit 1936 war er Ordinarius für gerichtliche Medizin an der Jagellonischen Universität. OLBRYCHT war einer der bedeutendsten und profiliertesten Vertreter der polnischen gerichtlichen Medizin, der auch hohes internationales Ansehen genoß. Er verfaßte über 120 wissenschaftliche Arbeiten in polnischer, deutscher, englischer und französischer Sprache und war Mitarbeiter an drei Handbüchern. Seine nüchterne Beobachtungs- und Auffassungsgabe paarte sich mit einer klaren Ausdrucksweise und einem unbestechlichen Sinn für Gerechtigkeit. OLBRYCHT war ein hervorragender Lehrer und überaus geschätzter Sachverständiger. Seiner wissenschaftlichen Leistung und gemeinnützigen Tätigkeit verdankte er zahlreiche Ehrungen und hohe Auszeichnungen. OLBRYCHT war Ehrenmitglied vieler nationaler und internationaler Vereinigungen, darunter auch der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin. Sein Wirken und seine Persönlichkeit haben ihn mit einem großen Kreis von Schülern umgeben, die seine wissenschaftliche Arbeit im Sinne der hohen ethischen Auffassung OLBRYCHTS von der gerichtlichen Medizin fortsetzen. BOLTZ (Wien)

Robert P. Brittain: Origins of legal medicine. The origin of legal medicine in France. (Ursprünge der Gerichtsmedizin.) [State Hosp., Carstairs.] Med.-leg. J. (Camb.) 34, 168—174 (1966).

Verf. berichtet eingehend mit einigen Beispielen die Entwicklung der Gerichtsmedizin, die im 11. Jahrhundert in Frankreich begann. Von den Bischöfen von Maine, Ajou und später von Paris wurde verlangt, daß Menschen, die an einer chronischen Krankheit starben, oder ein junger Mensch, der an einem Unfall sein Leben verlor, medizinisch begutachtet werden mußten (11. und 12. Jahrhundert). Später wurde in einem Gesetzbuch verankert (Normandie), daß alle geistig Kranken oder kriminell Erscheinenden besonders begutachtet würden, und zwar von einem Arzt. Ab 1311, nach einem Gesetz von „Philippe Fair“, wurde verlangt, daß bei bestimmten Todesfällen Obduktionen der Leiche unter Beteiligung einer Kommission vorgenommen werden mußte. Von dieser Zeit ab entwickelte sich die Gerichtsmedizinische Methode, es wurden auch bei kriminellen

Fällen die eventuellen Waffen, das Gift, die Beweise einer Schwangerschaft oder eines Sexualdeliktes besonders untersucht. Anschließend bespricht Verf. verschiedene Gerichtsuntersuchungen. Heinrich II. (1556) führte die Todesstrafe ein nicht nur für Frauen, sondern auch für junge Mädchen, die ihre Schwangerschaft unterbrachen oder ihr Kind töteten. 1543—1587 wurde in den verschiedensten Departements in Frankreich Gesetze gegen Insekten und Schnecken erlassen, und zwar wurden diese entweder exkommuniziert oder zu Tode verurteilt. In der Zeit von 1120—1741 wurden allein 80 Todesurteile oder Exkommunikationen gegen Tiere ausgesprochen.

LISELOTTE MEIER (Zürich)

J. Bernheim: Therapeutische Aspekte in der Gerichtsmedizin. [Inst. Gerichtl. Med., Univ., Genf.] Beitr. gerichtl. Med. 24, 8—10 (1968).

Die klassische Aufgabe der Gerichtsmedizin besteht in dem Bestreben, medizinische Erkenntnisse in den Dienst des Rechtslebens, speziell der Beweiserbringung zu stellen. Der in diesem Fachgebiet tätige Arzt darf dabei aber nicht die traditionellen Werte der Medizin außer acht lassen. In seinem Beruf steht er häufig Problemen gegenüber, bei denen seine Tätigkeit eine therapeutische Bedeutung haben kann. — Verf. skizziert kurz einige Möglichkeiten, in denen der Gerichtsmediziner dazu beitragen kann, daß die Sachverständigenfeststellung von Betroffenen nicht nur akzeptiert, sondern auch innerlich bejaht wird. Er meint, daß die Anwendung systematischer psychotherapeutischer Richtlinien bei den vielfältigen forensischen Arbeitsverhältnissen oder Fragestellungen einer weiteren Erforschung bedarf. Als Beispiele werden genannt: das Verständnis und die Aussprache mit Hinterbliebenen von obduzierten Verstorbenen, die Untersuchung von Patienten über seinen Krankheitszustand im Hinblick auf Entschädigung oder Rechtsansprüche oder bei psychiatrischen Gutachten. Bei letzteren muß es dem Gerichtsmediziner gelingen, sozio- und psychotherapeutische Maßnahmen, die realistisch der Persönlichkeit und Rechtslage des Patienten angepaßt sind, vorzubereiten oder einzuführen. Wichtig ist dabei die Zusammenarbeit mit Gefängnisarzt, Gefängnisverwaltung, zuständigen Behörden und der klinischen Psychiatrie. Diese vielseitigen forensisch-medizinischen Aufgaben geben dem Gerichtsmediziner die Möglichkeit, an der klassischen Berufung des Arztes festzuhalten und die Stellung dieses Fachgebietes zu stärken.

H. ALTHOFF (Köln)

Jürgen Eichholz: Die Transplantation von Leichteilen aus zivilrechtlicher Sicht. Neue jur. Wschr. 21, 2272—2276 (1968).

Nach der Auffassung des Verf. (die im Gegensatz zu der Literatur steht) ist die Leiche eine verkehrsfähige, herrenlose und aneignungsfähige Sache. Im Rahmen der guten Sitten unterliege sie der Aneignung und jeder anderen Verfügung, soweit nicht der erkennbare Wille des Verstorbenen diesem entgegenstehe. Dem generell zu berücksichtigenden Willen der Angehörigen könne dagegen der Zweck einer Organentnahme als höherwertig gegenüberstehen. Dies gelte z. B., wenn eine Organtransplantation das einzige Mittel zur Lebenserhaltung eines Dritten sei und eine Zustimmung der Angehörigen nicht zu erreichen sei oder diese ausdrücklich verweigert werde.

LIEBHARDT (Freiburg i. Br.)

Friedhelm Böth: Rechtliche Probleme bei Humanexperimenten. Münch. med. Wschr. 110, 2886—2892 (1968).

Der Verf. als Jurist meint, daß unter dem Deckmantel der Wissenschaft immer wieder unnötige, unsinnige, gefährliche und schädliche Experimente am Menschen durchgeführt würden. Die Fortschritte der Medizin drohten darüber hinaus die Menschheit zu verändern: die natürliche Auslese werde von der medizinischen abgelöst. Es sei unbedingt erforderlich, für die Durchführung von Humanexperimenten Richtlinien und verbindliche Grundlagen aufzustellen. Die Anforderungen könnten nicht hoch genug gestellt werden, dürften aber nicht dazu führen, daß dem Forscher wegen des großen Risikos jede Initiative genommen würde. — Solange Tierversuche nicht mit einer bestimmten Regelmäßigkeit erfolgreich verlaufen, sollte von entsprechenden Operationen am Menschen abgesehen werden: Aus der Literatur ist nichts über den Dauererfolg bei Herzverpflanzungen an Tieren bekannt. — Die Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki 1964 ist wörtlich zitiert. — Das ärztliche Handeln werde zum Experiment, wenn der Heilzweck nicht unmittelbar im Vordergrund stehe, wenn es den Krankheitsvorgang als solchen betrifft, wo es Grundlagenforschung betreibt und nicht ausschließlich zur Heilung eines Patienten bestimmt ist. — In Deutschland bestehen keine speziellen Richtlinien. Strafrechtlich drohen Vorwürfe über Körperverletzung, Nötigung, Freiheitsberaubung oder zivilrechtlich Unterlassungs- und Schadensersatzansprüche. Der am besten schriftlich abzufassende Experimentiervertrag ist weder ein

Dienstvertrag noch ein Werkvertrag (dies ist näher begründet). Geschäftsfähigkeit, Sittenverstoß, Aufklärungspflicht, Sorgfaltspflichten sind zu berücksichtigen. Die guten Sitten verlangen, daß der Vertrag herrschenden Anschauungen im Volke entspreche, wobei das Anstands- und Rechtsgefühl aller Billig- und Gerechtdenkenden zugrunde zu legen ist. Sie wechseln: Die zur Zeit herrschenden Anschauungen sind zugrunde zu legen. Neben der Gesamtheit der gesetzlichen Bestimmungen ist die verfassungsmäßige Ordnung zu berücksichtigen. Die Aufklärung sollte schriftlich protokolliert werden. Zu den Sorgfaltspflichten gehört auch: Ist die Versuchsperson nach Beendigung noch nicht sofort wieder im Vollbesitz ihrer Kräfte, so darf sie nicht ohne weiteres entlassen werden. Vor und nach dem Experiment sollte die Versuchsperson von einem Arzt untersucht werden, der vom Experimentator unabhängig ist. — Bei Heilmittelexperimenten in Krankenanstalten bestehen zwischen Herstellern und Patienten in der Regel keine direkten Vertragsbeziehungen, sie bestehen zwischen Hersteller und Krankenhausarzt. Meist stellt der Hersteller dem Experimentator das Mittel, die Literatur und die Erfahrungen nur zur Verfügung und überläßt alles weitere dem Arzt: Der Hersteller kann in der Regel nicht haftbar gemacht werden, Ansprüche würden sich lediglich gegen den Experimentator und das Krankenhaus richten. Das Medikament ist „noch nicht in Verkehr gebracht“, da der Hersteller jederzeit die Handhabung mit dem Präparat unterbinden könnte. Experimente veranlaßt der Hersteller, um sich abzusichern, bevor er das Präparat in Verkehr bringt.

H. W. SACHS (Münster)

Theodore J. Curphey: Role of the forensic pathologist in the medicolegal certification of modes of death. (Begutachtung der Todesart unter psychologischen Gesichtspunkten.) [19. Ann. Meet., Amer. Acad. Forensic Sci., Psychiat. Sect., Honolulu, 22. II. 1967.] J. forensic Sci. 13, 163—176 (1968).

Der vorliegenden Arbeit liegt ein Vortrag zugrunde, der auf einem Symposium über die Begutachtung der Todesart unter Einbeziehung psychologischer Gesichtspunkte gehalten wurde. Der Verf. geht zuerst auf die Bedeutung der Gerichtsmedizin in der exakten Begutachtung gewaltssamer und nicht gewaltssamer Todesarten ein. Hierzu ist eine Zusammenarbeit von forensischen Pathologen, Toxikologen und Mikrobiologen notwendig. Die Verantwortung sollte bei der Begutachtung von Morden einerseits und nicht gewaltssamen Todesarten andererseits gleich verteilt sein. Die allgemeine Praxis in den forensischen Instituten zeigte jedoch, daß die Mordbegutachtung einen besonderen Vorrang vor den übrigen Gutachten einnimmt, was jedoch bei der Betrachtung der Institutsstatistiken nicht gerechtfertigt sei (10% aller Fälle Suicid, 25% Unfälle aller Art, etwa 60% natürliche Todesfälle und weniger als 5% Mord). Darunter leide besonders die Begutachtung von Suicidfällen. An 19 gerichtsmedizinischen Instituten in Amerika wurde eine Fragebogenaktion über die Begutachtung von Todesfällen durch Barbiturat-Vergiftungen durchgeführt. Die Auswertung nach den 3 Gesichtspunkten Suicid, Unfall und unentschiedene Fälle ergab eine sehr breite Streuung in der Diagnose zwischen den verschiedenen Instituten. So neigen kleinere Institute dazu, geringere Zahlen für unentschiedene Fälle in ihrer Statistik anzuführen, während das Gegenteil bei einigen großen Instituten zu finden ist. Umgekehrt scheinen viele Institute die Zahl der Unfälle gegenüber den Suiciden zu überschätzen und umgekehrt. Aufgrund dieser Statistik fordert der Verf. eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Gerichtsmediziner und dem Toxikologen einerseits und einem Psychologen oder Psychiater andererseits. Durch nachträgliche psychologische oder psychiatrische Untersuchung des Lebensstils und der sozialen Umgebung des Toten im Sinne der Verhaltensforschung soll Klarheit über den Todesmodus geschaffen werden. Eine derartige Untersuchung ergab an den Instituten, an denen eine solche Untersuchung durchgeführt wurde, ein deutliches Ansteigen der Suicidfälle bei der Begutachtung.

BEGEMANN (Freiburg i. Br.)

A. Farneti: Il giudizio sulla invalidità temporanea come fattore di danno alla persona e sulla durata della malattia nel reato di lesioni personali. (Die Feststellung vorübergehender Invalidität beziehungsweise der Krankheitsdauer bei der Qualifikation von Körperverletzungen im Strafrecht.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Milano.] [21. Congr. Naz., Soc. Ital. Med. Leg. e Assicuraz., Siena, 19.—22. IX. 1968.] Arch. Soc. lombarda Med. leg. 4, 267—276 (1968).

Erörterung der Auswirkung von Strafgerichtsurteilen im Zusammenhang mit Art. 27 und 28 des Codice penale auf die nachfolgende Zivilklage.

BERG (Göttingen)

A. Arbab-Zadeh: Ärztliche Rechts- und Standeskunde aus europäischer Sicht. [Inst. Gerichtl. Med., Univ., Düsseldorf.] Phys. Med. Rehabil. 9, 338—342 (1968).

Es werden rechtsvergleichende Ausführungen zu Rechtsbeziehung des Arztes zum Staat, zu den Standesorganisationen, zur Hilfeleistungspflicht, zum Arzt-Patienten-Vertrag sowie zu Problemen im Rahmen der Organtransplantation gemacht.

LIEBHARDT (Freiburg i. Br.)

G. Schewe: Zur Differentialdiagnose der purpura cerebri. [Inst. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ., Frankfurt/M.] 45. Tag., Dtsch. Ges. Gerichtl. Med., Freiburg i. Br., 7. X. 1966.] Beitr. gerichtl. Med. 24, 178—182 (1968).

Aus dem unterschiedlichen Verteilungsmuster der purpura cerebri sind gewisse Rückschlüsse auf die Ätiologie möglich. Eine *lokale Akzentuierung* und unterschiedliche Größe der Blutungen spreche für eine purpura traumatica (Rhexisblutungen) und ein *diffuses Verteilungsmuster* ohne nennenswerte Größenunterschiede der Blutungen (Diapedesisblutungen) für eine allgemein wirk-same Ursache mit oder ohne Verlegung der Strombahn. Bei der cerebralen Luftembolie sollen die Ringblutungen vorwiegend in der Hirnrinde und dem angrenzenden Marklager, bei der cerebralen Fettembolie diffus über die ganze weiße Substanz verteilt sein. Eine purpura cerebri ohne Verlegung der Strombahn wurde beobachtet bei Virusinfektionen, Hypoxydosen, Vergiftungen (z. B. CO, Barbitursäure) und Arzneimitteln Nebenwirkungen (Salvarsan, Antabus-Alkohol-Reaktion, Penicillin). Penicillin- und Salvarsan-Schäden würden sich vorwiegend im Bereich des Balkens manifestieren. Eine Zwischenstellung nähmen die Schockfolgen mit Störung der Mikrozirkulation und Ausbildung von Thrombozytenaggregaten ein.

REH (Düsseldorf)

Thomas B. Hauschild: Suicidal population of a military psychiatric center. A review of ten years. (Statistische Erhebungen zum Selbstmord am Krankengut eines Militär-krankenhauses für Psychiatrie — Ein Rundblick über 10 Jahre.) [Dept. of Neurol. and Psychiatry, Letterman Gen. Hosp., San Francisco.] Military Med. 133, 425—436 (1968).

Verf. vergleicht 7855 psychiatrisch kranke Patienten mit einer Gruppe von 1471 Patienten, die wegen Selbstmordneigung eingewiesen wurden. Der Beobachtungszeitraum umfaßt die Jahre 1957—1966. Unter den Patienten waren 65% Soldaten, die übrigen Bedienstete und andere Personengruppen. Die Gruppe der Suicid-Gefährdeten betrug insgesamt 18,7%. Von Jahr zu Jahr war ein Anwachsen der Suicid-Gefährdeten zu bemerken (z. B. 1960 13,9%, 1966 24,5%). Das Durchschnittsalter betrug 28 Jahre. 23—49% der Suicidgruppe wiesen in der Vorgeschichte Kontakt mit dem Psychiater und Selbstmordversuche auf. 54,2% aller Soldaten waren jünger als 22 Jahre. Unter den Frauen betrug die entsprechende Vergleichszahl nur 16,5%. Die meisten Soldaten dieser Gruppe hatten weniger als 2 Jahre gedient. Andere Dienstgrade überwogen. Der Anteil der Offiziere betrug nur 4%. Bei wiederholten Selbstmordversuchen war die suicidale Verhaltensweise in 45,6% die gleiche. Die Einnahme von Medikamenten führte in der Liste der Mittel zur Durchführung, unter ihnen wurden die Barbiturate am häufigsten genannt. Über die Hälfte der Suicid-Gefährdeten wurde von Patienten mit Störungen des Charakters und des Verhaltens gestellt. Der Rest verteilte sich auf die Psychosen und auf situationsbedingte Reaktionen. Die familiäre Belastung der Suicidgruppe war fast doppelt so hoch wie die der Vergleichsgruppe. Der Alkohol spielte bei den tödlich endenden Fällen (24,4%) eine größere Rolle als bei den Versuchen (8,9%). Die suicidale Verhaltensweise als Einweisungsursache hat die allgemeine Rate der Zeit bis zur Wiederherstellung der Dienstfähigkeit nicht beeinflusst. Die Depressionen wiesen ein deutlich höheres Selbstmordrisiko auf. Die einmal als „suicidal“ erkannten psychiatrischen Patienten hatten eine vierfach höhere Suicidrate als andere psychiatrisch Kranke. Eine sichere Voraussage des Suicids war im Einzelfall nicht möglich. Das Schicksal von 524 Patienten konnte auch nach der Entlassung verfolgt werden. Unter den Verstorbenen verhielt sich der Suicid zum Tod aus anderer Ursache etwa wie 2:1. Die Arbeit enthält 11 Tabellen und 70 Literaturhinweise zum Thema.

KREFFT (Fürstenfeldbruck)

G. Dotzauer: Selbstbeschädigungen. [Inst. f. gerichtl. Med., Univ., Köln. (31. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich.-, Versorg.- u. Verkehrsmed. e.V., Berlin, 8.—10. V. 1967.)] Hefte Unfallheilk. H. 94, 188—193 (1968).

Verf. berichtet über „dem Stand der Technik“ angepaßte Selbstbeschädigungen, die persönlichen Vorteilen dienen sollen. Bewußt werden Selbstverletzungen von Geisteskranken bei Dämmerzuständen, Inhaftierten oder bei autoerotischer Betätigung ausgeklammert. Heute stehen

verstümmelnde Selbstbeschädigungen im Vordergrund, die im Rahmen der privaten Unfallversicherung finanzielle Vorteile bringen sollen. Es wird auf die versicherungsrechtlichen Probleme hingewiesen, der Versicherer ist nach § 181 VVG nur frei, wenn er den Vorsatz beweist. Die positive Beweisführung der Versicherer ist nur mit Hilfe technischer wie naturwissenschaftlicher Gutachten möglich. Große Bedeutung kommt den Befunden der erstuntersuchenden Ärzte zu. Die Möglichkeiten der Selbstbeschädigung durch Beil- oder Axtverletzungen, durch Einbringen der Finger zwischen Riemen und Keilriemenscheibe bei laufendem Motor und die Erzeugung von Blutungen werden an Beispielen erläutert. Es wird darauf hingewiesen, daß der Nachweis einer Selbstbeschädigung aus der Beurteilung eines Verletzungsvorganges außerordentlich schwierig ist.

EWERWAHN (Hamburg-Eppendorf)^{oo}

Eike von Hippel: Versicherungsschutz für nicht schutzwürdige Kraftfahrer? [Max-Planck-Inst. f. Ausl. u. Int. Privatrecht, Hamburg.] Neue jur. Wschr. 22, 209—211 (1969).

Kritische Betrachtung der gegenwärtigen Regelung der Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung. Die Überlegungen des Verf. gipfeln in dem Vorschlag, durch Gesetz oder durch Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen eine Rückgriffsmöglichkeit gegen den Fahrer zu schaffen, der mit besonders schwerem Verschulden gehandelt oder rechtswidrig und schuldhaft eine Zusatzgefahr geschaffen hat: „Der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherer kann wegen Leistungen, die er an einen Unfallgeschädigten erbracht hat oder zu erbringen verpflichtet ist, gegen den Versicherungsnehmer Rückgriff nehmen, soweit ein rechtskräftiges strafrechtliches Urteil den Rückgriff wegen eines unverzeihlichen Verschuldens oder wegen einer vom Versicherungsnehmer rechtswidrig und schuldhaft geschaffenen Zusatzgefahr für zulässig erklärt. Ein Rückgriff wegen einer vom Versicherungsnehmer geschaffenen Zusatzgefahr kommt nicht in Betracht, wenn diese Gefahr für den Unfall nicht kausal geworden ist oder der Versicherungsnehmer das erhöhte Risiko nach Treu und Glauben als mitversichert ansehen konnte. Ist ein straffbarer Versicherungsnehmer infolge besonderer Umstände (Tod, Verjährung der Straftat, Amnestie) unbestraft geblieben, so hat anstelle des Strafrichters der Zivilrichter über die Frage des Rückgriffs zu entscheiden.“ Ein Alternativvorschlag beschränkt den Rückgriff auf höchstens 5000 DM. So erörterungswürdig die Einführung einer Rückgriffsmöglichkeit gegen besonders leichtfertige Schadenstifter ist, bestehen — insbesondere im Hinblick auf die Strafrechtsreform und deren Grundsätze — Bedenken gegen eine Verquickung zivil- und strafrechtlicher Gesichtspunkte.

HÄNDEL (Waldshut)

B. Herner: Auswirkung von Krankheit und anderen Gesundheitsstörungen auf die Verkehrssicherheit. [Varberg County Hosp., Varberg, Schweden.] Zbl. Verkehrs-Med. 14, 140—150 (1968).

Es handelt sich um wertvolle statistische Aufschlüsselungen anhand hinreichend großen Materials aus Westschweden. Im Zeitraum von 5 Jahren erkrankten 41 Fahrer akut am Steuer, dies entspricht einem Promille aller gemeldeten Verkehrsunfälle. Meist handelte es sich um Epilepsie und Herzinfarkt. Prophylaktische Maßnahmen erschienen angesichts der geringen Quote nicht erforderlich. Fahrer, bei denen Diabetes, Nierenkrankheiten und Erkrankungen des Kreislaufsystems vorlagen und die verpflichtet waren, sich regelmäßig dem Arzt vorzustellen, erlitten nicht häufiger Unfälle als gesunde Fahrer; dies gilt auch für Kraftfahrer mit Gebrauchsstörungen der Extremitäten (hauptsächlich Poliomyelitis und Amputation). Auch bei Fahrern, die ihren Führerschein im Alter von mehr als 53 Jahren erhalten hatten, wurden nicht häufiger Unfälle ermittelt als bei Verkehrsteilnehmern, die den Führerschein mit 40 Jahren erworben hatten. Nach Meinung von Verf. verhalten sich Fahrer, die um ihren Zustand wissen, vorsichtig; so kommt es, daß sie nicht häufiger Unfälle erleiden als andere. Gefährlich sind nach Meinung von Verf. die jugendlichen Fahrer; er schlägt vor, daß man ihnen den Führerschein zunächst nur probeweise für einige Jahre erteilen sollte.

B. MUELLER (Heidelberg)

H. Barbier und E. Bischitzky: Über die Straßenverkehrsunfälle in der Stadt und ihre Ursachen. [Chir.-traumatol. Klin., Städt. Oskar-Ziethen-Krankenh., Berlin-Lichtenberg.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 23, 1800—1804 (1968).

Verf. geben eine statistische Auswertung von 594 in den Jahren 1962—1965 stationär und 190 (25%ige Stichprobenauswahl) im Jahre 1965 ambulant behandelten Patienten, die im Stadtgebiet Berlin durch Straßenverkehrsunfall verletzt wurden. Im stationären und ambulanten

Krankengut überwog das männliche Geschlecht, lediglich bei den stationär behandelten Kindern waren keine Unterschiede in der Geschlechtsverteilung festzustellen. Bei den stationär behandelten Erwachsenen (469) konnte folgende Aufteilung in Verkehrsteilnehmergruppen gefunden werden: Fußgänger 40%, Kradfahrer 37%, Radfahrer 13%, Autoinsassen 9%. Die stationär aufgenommenen Kinder (125) waren zu 75% Fußgänger, zu 22% Radfahrer. Der Altersgipfel der motorisierten Verkehrsteilnehmer lag zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr, bei Fußgängern zwischen 50 und 80 Jahren. Die größte jahreszeitliche Häufung war bei stationär behandelten Kraftfahrern und Radfahrern in den Sommermonaten, bei Autoinsassen im 4. Quartal zu ermitteln. Bei den stationär und ambulant behandelten Fußgängern standen als Verletzungsursachen Kollisionen mit Kraftwagen (44% bzw. 55%) und Krafträdern (44% bzw. 37%) im Vordergrund. 72% der Kradfahrer und 70% der Radfahrer, die ambulant versorgt wurden, sind auf Grund besonderer Fahrbahnverhältnisse zu Sturz gekommen. In Übereinstimmung mit BAUER war die Kollision mit einem Kraftwagen die Hauptverletzungsursache für die meisten stationär behandelten Verkehrsteilnehmer mit Ausnahme der Radfahrer. Für einige der gefundenen Häufigkeitsverteilungen werden von den Verf. Begründungen angegeben. 12% der stationär behandelten Patienten standen bei der Krankenhausaufnahme klinisch sicher unter Alkoholeinwirkung. Abschließend wird auf die hohe Verantwortung des Kraftfahrers im modernen Straßenverkehr hingewiesen.

D. KRAUSE (Dresden)

Görth Koschlig: Zur Neurophysiologie des Kraftfahrens. Wiss. Z. Humboldt Univ. Berl., Math.-nat. Reihe, 17, 125—135 (1968).

Die medizinische Unfallursachenforschung im Verkehr stützt sich nach Verf. bisher auf prophylaktische und rekonstruierende Methoden: 1. Tauglichkeitsuntersuchungen aus medizinischer Sicht, 2. psychodiagnostische Tests, 3. gerichtsmedizinische Rekonstruktion der Unfallsituationen, 4. Mechanik der Raum-Zeitfunktionen im aktuellen Verkehr. Verf. benutzt eine kinematographische Methode, die er im Aussagewert zwischen die Methoden 2 und 3 stellt. Sie beschäftigt sich mit den Zeitverlusten des Fahrers (Augenbewegungen, Kopfbewegungen, Steuerbewegungen, Bremsbewegung) und deren Zuordnung zum Verkehrsraum bzw. der Situation. Rechnet man Reaktionszeiten nach LAUFBERGER mit ca. 507 msec, die Dauer des unwillkürlichen Lidschlags mit ca. 216 msec, die Dauer von Lidschlagzeiten bei akustischem Erschrecken mit etwa 500 msec, so können die durchfahrenen blinden Strecken erheblich sein, insbesondere wenn man berücksichtigt, daß alle Schutzreflexe mit einem Lidschlag einhergehen. Langzeituntersuchungen zeigen, daß der kritische Punkt der Fahrtüchtigkeit dort zu suchen ist, wo die motorische Zuwendung des Fahrers zum Reizangebot in größerem Maße unterbleibt und blinde Strecken durch Zeitlänge und Frequenzerhöhung der Schutzreflexe immer größer werden.

R. LORENZ (Gießen)^{oo}

Ferenc Bakonyi: Fragen der Beurteilung der Eignung zum Kraftwagenführen bei Epileptikern durch den Arzt-Sachverständigen. Orv. Hetil. 110, 531—533 u. dtsh. u. engl. Zus.fass. (1969) [Ungarisch].

Verf. beschreibt den prinzipiellen Standpunkt des Büros der forensisch-medizinischen Sachverständigen und die entwickelte Begutachtungspraxis bei der Frage der Tauglichkeit zum Kraftwagenführen bei Erkrankungen, die Bewußtseinsverlust verursachen. Er berichtet über zwei Fälle, bei denen der — von einem Arzt das erste Mal beobachtete — nur Augenblicke dauernde Bewußtseinsverlust des Kraftwagenlenkers einen letal ausgehenden Unfall verursachte. In dem ersten Fall führte die Narkolepsie dazu, in dem zweiten Fall dagegen war es eine auf Grund einer früher abgetragenen Schädigung des Zentralnervensystems entstandene Krampfbereitschaft, die dazu führte.

Zusammenfassung

H. Honegger und W. D. Schäfer: Sehschärfe für bewegte Objekte. Einige Gesichtspunkte für die Verkehrsmedizin. [Univ.-Augenklin., Heidelberg.] Zbl. Verkehrs-Med. 14, 160—167 (1968).

Untersuchungen über die Sehschärfe für bewegte Objekte sind nicht nur allgemein von Bedeutung, sondern treffen im besonderen Maße für den Kraftverkehr zu. Die Verf. weisen darauf hin, daß eine normale Sehschärfe für ruhende Objekte nicht auch eine gute Sehschärfe für bewegte Objekte bedeuten müssen. Literaturhinweise werden gegeben. Es wird auf eine große individuelle Streubreite hingewiesen sowie auf den Übungsfaktor. Von den Verf. werden seit 1957 hauptsächlich unter klinischen Gesichtspunkten Untersuchungen über die Sehschärfe für bewegte Objekte durchgeführt. Es werden die verschiedenen verwendeten Untersuchungsmethoden im

einzelnen erwähnt. Der Lernfaktor wird als verhältnismäßig gering bezeichnet. Bei einfachen Augenbewegungen (horizontal) werden höhere Geschwindigkeiten erreicht als bei kreisförmigen Augenbewegungen. Bei fixiertem Kopf ist die Sehschärfe für bewegte Objekte schlechter als bei frei beweglichem. Es wird auf die Altersabhängigkeit der S.s.p.o. hingewiesen sowie auf die Bedeutung der Blickhebung und Blicksenkung. 5 Abbildungen, 6 Literaturstellen.

GEIPEL (München)

E. Kallee: Ein Beitrag zur Verhütung von Verkehrsunfällen. Ausgewählte physikalische und technische Tabellen. [Med. Univ.-Klin., Tübingen.] Hippokrates (Stuttg.) 39, 922—928 (1968).

Beim Unfall (Aufprall) wird kinetische Energie in Verformungsarbeit umgewandelt, welche quadratisch proportional mit der Fahrgeschwindigkeit anwächst. Die medizinischen Folgen eines Unfalls lassen sich nur grob statistisch vorhersagen. Sie sind im Einzelfall von vielen Faktoren abhängig: innere Sicherheit, Kollisionswinkel, Stoßverteilung, Körperteil u.a. Für die Unfallprophylaxe ist die Kenntnis der physikalischen Grundlagen und der technischen Daten nötig. Die wichtigsten Daten wie die Bremswege verschiedener Fahrzeuge, die Bremsverzögerungswerte bei Berg- und Talfahrten, die Bremswege an Steigungen und Gefällstrecken, die Haftfähigkeit zwischen Reifen und Straße bei unterschiedlichem Wetter, ferner Grenzggeschwindigkeiten in Kurven werden in Tabellen wiedergegeben. Es wird angeregt, zukünftig die mittleren Bremsverzögerungswerte einander besser anzunähern, ferner Kurven durch Richtzahlen zu kennzeichnen.

BSCHOR (Berlin)

Rudolf Mühlhaus: Die Mitarbeit des Sanitätsoffiziers bei der Verkehrsunfallverhütung. Zbl. Verkehrs-Med. 14, 151—159 (1968).

Jährlich verlieren über 300 Soldaten der Bundeswehr durch Unfälle im Straßenverkehr ihr Leben, ca. 8000 werden verletzt. Darüber hinaus werden bei diesen Unfällen auch noch ca. 100 Zivilpersonen getötet. Verf. hebt hervor, daß der militärische Kraftfahrbetrieb besondere Eigenarten und Belastungen aufweist, deren Auswirkungen noch zu wenig erforscht sind, und bespricht hier die Aufgaben und Möglichkeiten des Sanitäts-Offiziers, insbesondere des Truppenarztes im Rahmen der Verkehrsunfallverhütung. Sowohl bei der Auswahl der Kraftfahrer, der Verkehrserziehung, der Ursachenforschung und bei der Unfallverhütung wird die Mitarbeit des Arztes für unerläßlich erachtet. Im Interesse der Unfallverhütung sollte die Unfallursachenforschung intensiviert und durch Truppenversuche ergänzt werden, zumal viele Militärfahrzeuge immer noch unzuverlässig und unzulänglich ausgestattet sind. Um diese Aufgaben bewältigen zu können, setzt sich Verf. für die Schulung der Sanitäts-Offiziere auf dem Gebiet der Verkehrsmedizin ein, das er als einen Bestandteil der Wehrmedizin ansieht.

KREFFT (Fürstenfeldbruck)

E. Peper und K. Schäfer: Weitere Untersuchungen zum Problem der Flugillusionen bei chronischer Ermüdung. Z. Militärmed. 9, 362—364 (1968).

Die Ergebnisse der Illusionsbefragung von Jagdfliegern, die zu neurasthenischen Reaktionen (chronischer Ermüdung) neigen, wurden mit denen aller übrigen Jagdflieger verglichen und signifikante Unterschiede der subjektiven Faktoren als Ursache der Illusionen, des Bekanntheitsgrades verschiedener Illusionsarten, der Illusionsdauer und der Gegenmaßnahmen dargestellt und diskutiert. Da in dieser Gruppe der Verlust der räumlichen Orientierung infolge von Illusionen wesentlich bekannter war als in der Vergleichsgruppe (25% zu 7,9%), werden zur Erhöhung der Flugsicherheit dem Geschwaderarzt bestimmte prophylaktische Maßnahmen vorgeschlagen (bessere Betreuung der Flugzeugführer durch zusätzlichen Urlaub mit Ferienschecks, Delegation zu Konditionslehrgängen sowie physiotherapeutische Behandlungsmaßnahmen). Nach Ansicht der Verf. ist die Ermüdung eine wesentliche Voraussetzung für das Auftreten von Flugillusionen, deren Früherkennung durch Befragung und Untersuchung der Erkrankten durch den Truppenarzt ermöglicht wird.

KREFFT (Fürstenfeldbruck)

H. Fritze: Einige Ergebnisse biotelemetrischer Untersuchungen über die Dynamik der Herztätigkeit beim Bodenkatapultieren. Z. Militärmed. 9, 343—345 (1968).

In der vorliegenden Arbeit werden die Ergebnisse biotelemetrischer Untersuchungen über die Dynamik der Herztätigkeit beim Bodenkatapultieren besprochen, die jedoch wegen der geringen Probandenzahl (6) nur einen orientierenden Charakter haben. Die Dynamik der Herztätigkeit

weist interindividuelle Unterschiede auf und läßt den Grad der individuellen psychischen Anspannung in den entsprechenden Perioden des Katapultierens erkennen. Die Untersuchungsergebnisse werden in zwei Tabellen dargelegt. Einzelheiten sind nachzulesen.

KREFFT (Fürstenfeldbruck)

I. Lehweß-Litzmann: Visuelle Täuschungen und Probleme der Einschätzung von Höhe und Entfernung beim Fliegen. [Flugmed. Dienst, Med. Dienst Verkehrswes. DDR, Berlin-Schönefeld.] Verkehrsmedizin 15, 275—281 (1968).

Zusammenstellung der Komponenten (Kontrast, Hintergrundformation, Perspektive, Bewegungspalaxe, Augenbewegungen, Akkommodation), die für die Fehleinschätzung von Höhe und Entfernung beim Fliegen verantwortlich sind. Über derartige Fehleinschätzungen berichteten 75 % der befragten Zivillieger. Literaturzusammenstellung zum Thema.

B. GRAMBERG-DANIELSEN^{oo}

W. Lorenz: Sprachaudiometrische Studien im Segelfluggeräusch. [Klin. u. Poliklin. f. HNO-Krankh., Univ., Halle-Wittenberg u. Med. Dienst d. Verkehrswes. d. DDR, Zentrale Leitung, Berlin.] Verkehrsmedizin 15, 509—519 (1968).

R. Nowak und D. Dahl: Schiffsmaschinenlärm und Hörorgan. [Univ.-Klin. f. HNO-Krankh., Med. Dienst Verkehrswesen d. DDR, Rostock.] Verkehrsmedizin 16, 27—36 (1969).

R. van Roy: Les ulcères gastroduodénaux parmi le personnel des chemins de fer. Arch. belges Méd. soc. 26, 321—330 (1968).

Unerwarteter Tod aus natürlicher Ursache

● **Manfred Körner: Der plötzliche Herzstillstand. Akuter Herz- und Kreislaufstillstand.** (Heidelberger Taschenbücher. Bd. 24.) Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1967. X, 110 S. u. 18 Abb. DM 8,80.

Nach einer kurzen Begriffsbestimmung werden die verschiedenen Möglichkeiten der Diagnostik, vor allem unter dem Aspekt einer sehr raschen Entscheidung klar und übersichtlich dargestellt. Nur der Arzt, der gründlich mit der Situation, vor allem auch mit den Grundlagen des pathophysiologischen Geschehens vertraut ist, kann im entscheidenden Augenblick lebensrettende Hilfe bringen. Das Buch schließt mit einer kurzen Zusammenfassung für den Notfall, leicht einpräglich, schlagwortartig. Der Inhalt des Buches kann nicht nur dem Studenten, sondern auch dem praktisch tätigen Arzt wärmstens empfohlen werden. Dem Arzt, der sich mit der Ausbildung von Laien in der ersten Hilfe zu beschäftigen hat, werden der Inhalt des Buches und vor allem die schematischen Abbildungen eine besonders wertvolle Unterstützung sein.

W. SPANN (Freiburg)

Hidehiko Takamatsu: Experimental studies on the cause of death by rupture of aneurysm of the Willis ring. I. Observation on the subarachnoid blood volume, distribution pattern of the blood and change of small arteries of the brain stem in cases of sudden death. (Experimentelle Untersuchungen über die Todesursache durch Ruptur des Aneurysma am Circulus Willisii. I. Über den Zusammenhang zwischen plötzlichem Tod und der Blutmenge in der Cisterna des Hirngrundes, die Verteilung des Blutes und die Veränderung der kleinen Arterien des Hirnstammes.) [Dept. Neurosurg., Sapporo Med. Coll., Sapporo.] Sapporo med. J. 32, 307—325 mit engl. Zus.fass. (1967) [Japanisch].

Bei 34 Fällen (75,6 %) von 45 Versuchen mit Hunden wurde die künstliche Cisternablutung im Bereich des Hirngrundes durch die Infusion des Selbstblutes von 3—10 ml in die Cisterna des