

Ärztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes
sowie für
praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Redaktion:

Dr. L. Becker Geh. Med.-Rat Berlin.	Dr. Florschütz Professor Gotha.	Dr. Fürbringer Geh. Med.-Rat u. Prof. Berlin.	Dr. Haug Professor München.	Dr. Hoffa Geh. Med.-Rat u. Prof. Berlin.	Dr. Klonka Professor Jena.	Dr. Kirchner Geh. Ob.-Med.-R. u. Prof. Berlin.	Dr. A. Leppmann Med.-Rat Berlin.	
Dr. von Liszt Geh. Just.-Rat u. Prof. Berlin.	Dr. Ostertag Professor Berlin.	Dr. Puppe Med.-Rat u. Prof. Königsberg.	Rad. ke Kaiserl. Geh. Reg.-Rat Berlin.	Dr. Roth Reg.- u. Geh. Med.-Rat Potsdam.	Dr. Schwechten Geh. San.-Rat Berlin.	Dr. Silex Professor Berlin.	Dr. P. Stolper Professor Göttingen.	Dr. Windscheid Professor Leipzig.

Verantwortlicher Redakteur:

Dr. F. Leppmann

Zweiter Arzt an der Königl. Strafanstalt Moabit und der damit verbundenen Irrenabteilung
Berlin.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905.

№ 20.

Ausgegeben am 15. Oktober.

Inhalt:

Originalien: Eisenstadt, Zur Neugestaltung der Arbeiterversicherung. S. 405. — Horstmann, Über jugendliche Lügnerinnen. S. 412.

Referate. Allgemeines: von Schnitzer, Beiträge zur Zahnfrage in der Armee. S. 416. — Rohleder, Der Neomalthusianismus. Die fakultative Sterilität in der ärztlichen Praxis. S. 417. — Grosse, Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten. S. 417.

Chirurgie: Müller, Über die moderne Wundbehandlung. S. 418. — Lauper, Zur Pseudarthrosenbehandlung nach Bier. S. 418. — Tschmarke, Ein Fall von doppelseitiger traumatischer Hüftgelenkluxation, kompliziert mit anderen Verletzungen. S. 418. — Thiem, Über die Größe der Unfallfolgen bei der blutigen und unblutigen Behandlung der einfachen (subkutanen) Querbrüche der Kniegelenke. S. 418. — Kroner, Ein Fall von Flächenfraktur und Luxation der Patella. S. 418. — Teske, Ein Fall von erworbener partieller Makrosomie; Verlängerung des Femur nach Unterschenkelamputation. S. 419. — Richter, Ein Beitrag zur Kenntnis der traumatischen Luxationen des Fußes im Talokruralgelenke. S. 418. — Kohl, Über eine besondere Form der In-

fraktion: Die Faltung der Knochenkortikalis. S. 419. — Blind, Indirekte Fersenbeinbrüche. S. 420.

Neurologie und Psychiatrie: von Muralt, Über Familienmord. S. 420. — Morel, Die psychologische Beschaffenheit der rückfälligen Verbrecher. S. 421. — Engelken, Über die Versorgung geisteskranker Verbrecher in England. S. 421. — Möhren, Epileptische Bewußtseinsveränderungen von ungewöhnlicher Dauer und forensischen Folgen. S. 422. — Gudden, Das Bierdelirium. S. 422. — Fnerbringer, Zur Bewertung des Tremors als Zeichen des Alkoholismus. S. 423. — Hoffmann und Marx, Zur Kenntnis des Quinquaudschen Zeichens. S. 423. — Bittorf, Über die Beziehungen der angeborenen ectodermalen Keimblattschwäche zur Entstehung der Tabes dorsalis. S. 423. — Fischler, Über die syphilitischen Erkrankungen des zentralen Nervensystems und die Frage der „Syphilis à virus nerveux“. S. 423.

Tagesgeschichte: Röntgenkurse. S. 424. — Bezahlte ärztliche Gutachten für Heilpräparate. S. 424. — Die Vereinigung der Deutschen Medizinischen Fachpresse. S. 424. — Ärztliches Kanderwälsch. S. 424.

Zur Neugestaltung der Arbeiterversicherung.

Von
Dr. L. Eisenstadt-Berlin.

II.

Die Fürsorge für die Arbeitsunfähigen und Invaliden.

„Um die Arbeitsunfähigen zu reduzieren, muß einmal die soziale Organisation so angeordnet werden, daß das geringstmögliche Quantum an physischer und geistiger Degeneration erzeugt wird, und andererseits die entstandenen Krankheitsfälle so behandelt werden, daß der Fortschritt der Krankheit aufgehalten und der Patient so weit als möglich geheilt wird. Die physisch oder moralisch Schwachen müssen irgendwie auf Kosten anderer Personen erhalten werden. Man kann aus ihren eigenen Vermögen oder Ersparnissen, auf dem Wege der Mildtätigkeit oder aus öffentlichen Kassen Fürsorge für sie treffen und sie in den Grenzen ihrer Fähigkeit beschäftigen oder nicht. Keine Fürsorge für diese Unglücklichen ist aber für die Gesellschaft verderblicher, als wenn man ihnen gestattet, sich als Lohnarbeiter unbeschränkt um Stellen in der industriellen Organisation zu bewerben.“

Sidney und Beatrice Webb in der „Theorie und Praxis der englischen Gewerkvereine“. Deutsch von C. Hugo, Stuttgart. 1898. S. 299.

Die therapeutische Ökonomie ist nur eine Funktion der sozialen Versicherung, ihr Endziel ist die Heilung und Herstellung der Arbeitsfähigkeit der Gruppe von Versicherten,

welche vorübergehend krank und arbeitsunfähig sind. Daneben umfaßt die Versicherung die Pflege einer zweiten Gruppe der Versicherten, die dauernd krank und gänzlich arbeitsunfähig sind und schließlich kommt noch die Fürsorge für die Versicherten, welche trotz einer, die Arbeitsfähigkeit beschränkenden Krankheit, einem Erwerb nachgehen.

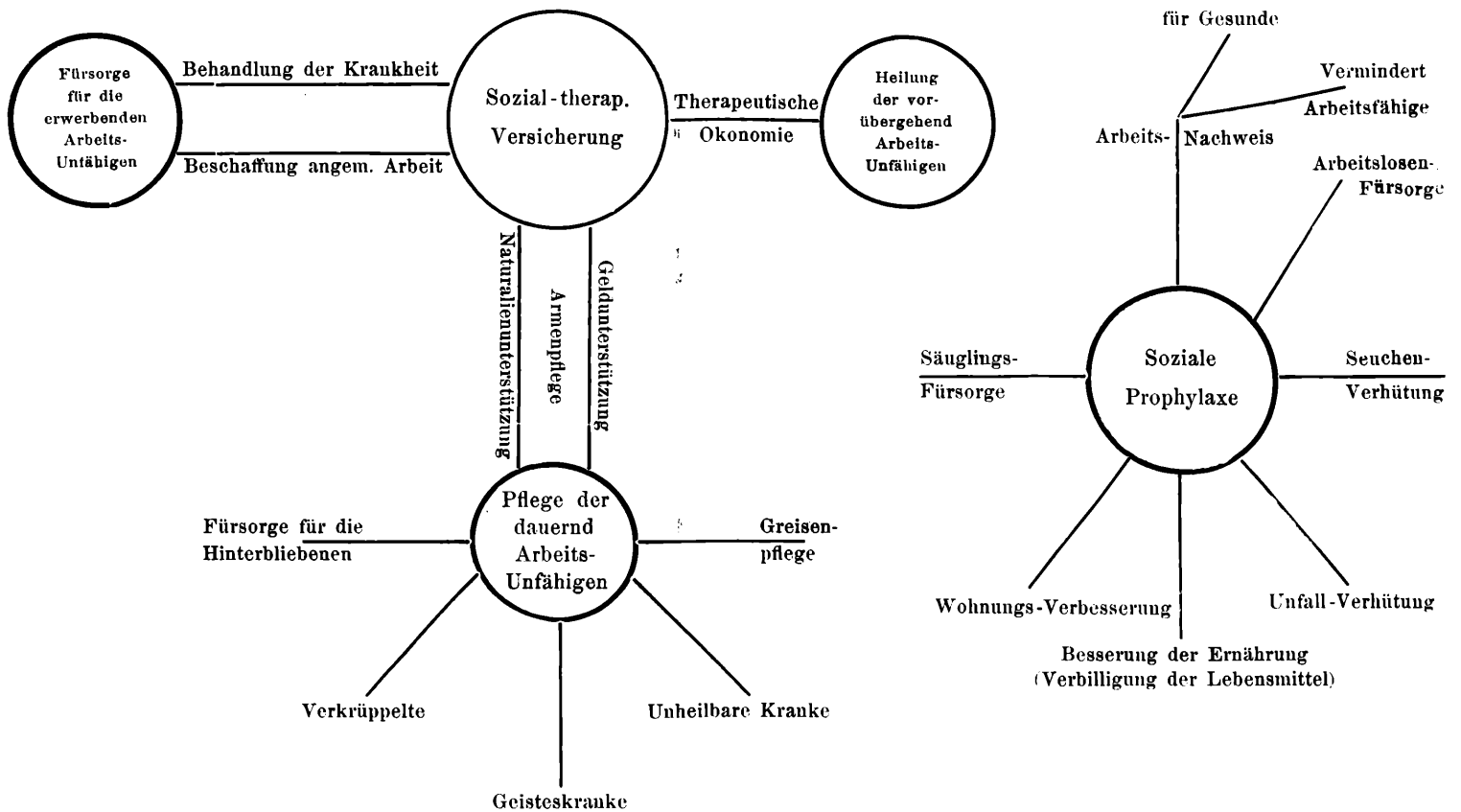
Die Arbeiterversicherung ist eine Einrichtung der sozialen Therapie. In der beigegebenen Skizze habe ich ihre drei Hauptfunktionen den Aufgaben der sozialen Prophylaxe gegenübergestellt. Wäre die Arbeiterversicherung lediglich ein therapeutisches Institut für erkrankte Arbeiter, so wären ihre Leistungen auf dieses Gebiet beschränkt, und rechnerisch wohl begrenzt, da ihr aber die Fürsorge für die Invaliden, für die Folgen von Betriebsunfällen, für die erkrankten Familien der Versicherten aufgetragen werden, so wird sie tatsächlich aus einer Berufs- oder Klassenversicherung eine wahre Volksversicherung. Die sie unterhaltenden Beiträge von Arbeitgebern, Arbeitnehmern, Staat, Gemeinden*), Ärzten*), Apothekern dienen sozialen Zwecken. Schon hieraus ergibt sich, daß die Arbeitnehmer nicht berechtigt sind, die Leitung bzw. Verwaltung der sozialen Versicherung für sich allein zu beanspruchen.

*) Als Beitrag der Gemeinden rechne ich die billige Überlassung der Krankenhäuser, als Beitrag der Ärzte das Heruntergehen in der Bezahlung der ärztlichen Leistungen unter die Gebührenordnung. Bei den Apothekern kommt der erhebliche Rezepturrabatt auf die Medikamente in Betracht.

Nun ist ferner zu bedenken, daß die von der Gesellschaft bzw. deren Organen ausgehende Prophylaxe von wesentlichem Einfluß auch auf die soziale Therapie und die sozial-therapeutische Versicherung ist. So ist die Verbilligung und Verbesserung der Wohnungen geeignet, den Arbeiter in den Stand zu setzen, ein Mehr für bessere Ernährung auszugeben und damit die gesundheitschädlichen Folgen einer chronischen Unterernährung aufzuheben. Sie ist wichtig zur Bekämpfung der Tuberkulose und der Säuglingssterblichkeit.

Die Verbilligung der Lebensmittel wirkt in gleicher Richtung vorausgesetzt, daß die Ersparnis nicht einem gesteigerten Alkoholgenuß anheimfällt. Kurzum, die soziale Reform dient ebenso der Therapie und therapeutischen Ökonomie, wie der medizinische Fortschritt; je wirkungsvoller die soziale Prophylaxe ausgebaut wird, um so mehr engt sich der Kreis der sozialen Therapie ein, wird der Etat der sozialen Versicherung entlastet.

Art das Heilverfahren jeder Erwerbsunfähigkeit bedingenden Krankheit ist, welche Aufwendungen von Heilmitteln und Heilpersonen dieselbe erfordert. Daraus sucht der Beirat A allgemeine Schlüsse und feste Grundsätze zu ermitteln, welches Heilmittel, welche Arztform in jedem einzelnen Falle der therapeutischen Ökonomie am besten entspricht. Er gibt z. B. zweckmäßige Arzneiverordnungen heraus. Er verabredet die Tarife sowohl mit den Vertretern der Heilmitteln als mit den Verbänden der Heilpersonen. Um den Wettstreit in der therapeutischen Ökonomie unter den Ärzten zu fördern, dient vor allem die Zulassung aller ortsansässigen Ärzte sowohl zur Behandlung als zur informatorischen Begutachtung der Versicherten. Ferner dient zu diesem Zwecke der mündliche und schriftliche Gedankenaustausch (in einem besonderen, jedem Arzte zugänglich zu machenden Organ) über die therapeutische Ökonomie, worin auch die Ergebnisse und Erfahrungen über die Heilverfahren zu



Es ist endlich auch leicht zu beweisen, daß die Selbstverwaltung im Sinne der landläufigen Anschauungen nicht das Wesentliche auf unserem Gebiete ist, daß vielmehr die verantwortliche Leitung von einem sachverständigen Beirat abhängig sein muß, wenn die Versicherung zweckentsprechend arbeiten soll. Dieser sachverständige Beirat hat sowohl verschiedene Aufgaben als Zusammensetzung, je nachdem er in einer der drei oben genannten Hauptfunktionen der sozialen Therapie wirksam ist.

Auf dem Gebiete der therapeutischen Ökonomie hat der Beirat A. die informatorischen Gutachten der Ärzte über die Art der Erkrankung zu sammeln, zu ordnen und für die Morbiditätsstatistik sowohl der Individuen, als der Berufe zu verwerten. Aus den Gutachten ergibt sich ferner die Feststellung der Personen, die, obwohl chronisch krank, erwerbend, und der Personen, bei denen Invalidität bereits eingetreten oder vorzeitig zu befürchten ist. Die Fürsorge für diese beiden Gruppen wird speziellen Sachverständigen-Gruppen (B und C) überwiesen. Ferner sammelt und ordnet der Beirat die gutachtlichen Unterlagen hinsichtlich des Heilverfahrens und sucht statistisch festzustellen, welcher

veröffentlicht sind, und schließlich wird der Wettstreit angespornt durch die oben dargelegte besondere Honorierung für die rascheste Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Damit nicht genug, hält dieser Beirat auch Ausschau nach dem Gebiete der sozialen Prophylaxe. Er muß mit allen den Bestrebungen sich verbinden, alle die Maßnahmen fördern, welche geeignet sind, Krankheiten zu verhüten. (Bekämpfung des Alkoholismus, Wohnungsfürsorge.) Allen diesen Anforderungen kann der Beirat nur bei richtiger Zusammensetzung entsprechen. In ihm sind nach diesen Ausführungen vertreten:

1. Delegierte der Heilmittelvertreter;
2. Delegierte der Heilpersonen;
3. praktische Nationalökonomien als Berater;
4. der Geschäftsführer der Versicherung;
5. der Vorstand der örtlichen Versicherungsanstalt, in welchem wiederum vertreten sind: Staat, Gemeinde, Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Dem Beirat B. liegt die Fürsorge für diejenigen Versicherten ob, welche gezwungen sind, zu erwerbend, obwohl sie chronisch krank sind. Hierher gehört im Speziellen:

I. Die Fürsorge der Arbeiter in giftigen Betrieben;

II. die Fürsorge für kranke Versicherte in gewöhnlichen Betrieben.

Die Ausführung der Maßnahmen für Gruppe I liegt ob

1. den Arbeitgebern. Dieselben haben Schutzmaßregeln in den Fabriken zu treffen, für Verkürzung der Arbeitszeit, Badegelegenheit, bessere Ernährung, Verabreichung von Milch an die betreffenden Arbeiter Sorge zu tragen;
2. den Gewerbeaufsichtsbeamten, welche unter Benutzung der informatorischen ärztlichen Gutachten und der Resultate der persönlichen Inspektion die Statistik und Kasuistik der Giftbetriebe zu bearbeiten und zu veröffentlichen haben;
3. den Arbeitnehmern durch Befolgung der Vorsichtsmaßnahmen;
4. den Ärzten.

Für die Ärzte tritt auf diesem Gebiete das Heilverfahren, das mit dem Aufgeben der gesundheitsschädlichen Beschäftigung zusammenfällt, zurück gegen die dauernde Behandlung und Beratung sowohl während der Beschäftigung, als bei deren Aussetzen. Wichtig ist hier auch die informatorische Begutachtung der Ärzte, welche die gegenwärtigen Diagnosenzettel alias Zählkarten verdrängen muß. Aus ihr ergibt sich z. B. unparteiisch der individuelle Status, der chronischen Bleivergiftung, daraus wieder Beschlüsse, ob der betreffende Arbeiter die Giftparbeit aufgeben soll.

Es leuchtet ein, daß der Staat und die Faktoren der Gesetzgebung an der Einschränkung bzw. Aufhebung der Giftparbeit besonders interessiert sind: bringt dieselbe nicht nur dem einzelnen, sondern ganzen Familien und Generationen schwere Gefahren. Es wird also ein Vertreter der Regierung sich an dieser Fürsorge beteiligen müssen und hier Unterlagen für die fortschreitende Gesetzgebung zu gewinnen suchen.

Gruppe II. Fürsorge für kranke Versicherte in gewöhnlichen Betrieben. Hier handelt es sich um ein sehr umfassendes Gebiet der Versorgung.

Die Maßnahmen sind zunächst therapeutischer Art.

Ausführend sind hier wiederum

1. die Arbeitgeber. Ihnen liegt die Begrenzung der maximalen Arbeitszeit, das Einschieben von Pausen, die Gewährung eines jährlichen Urlaubs ob; hierdurch vermeiden sie mancherlei Erkrankung infolge von Überarbeit.

2. Die Arbeitnehmer müssen ihren chronischen Leiden angepaßte Verhaltensmaßregeln, die für die individuelle Krankheit individuell verschieden sind, vom behandelnden Arzte erhalten.

3. Die Krankenkontrolleure haben hier das eigentliche Arbeitsfeld: sie sollen die Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse kennen lernen und darüber der Versicherungsanstalt Bericht erstatten, welche so eine wertvolle Ergänzung der informatorischen ärztlichen Begutachtung erhält. Um diese Aufgaben zu erfüllen, muß die gegenwärtige Art der Kontrolle aufgegeben werden. Wenn dem vielverbreiteten Glauben an die Simulation und die Begehrlichkeit der Versicherten der Boden entzogen wird, dadurch, daß für die Kranken eine rationelle Gruppierung und jeweils der Gruppe angemessen verschiedene therapeutische Maßnahmen angeordnet werden, dann muß jede unnütze Belästigung der notorisch Kranken durch die Kontrolle fortfallen. Die Kontrolleure, so fordern wir, müssen ausreichende Kenntnisse über die Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse besitzen und es verstehen, in jedem Falle dieselben zu ermitteln und Gewohnheiten der Versicherten, die der Behandlung der Krankheit zuwiderlaufen, zur Kenntnis zu bringen. Die Berichte der Kontrolleure sind doppelt anzufertigen: für die Ärzte zur Förderung der informatorischen Begutachtung, für die Versicherung zu statistischen Zwecken.

4. Die Ärzte haben hier vor allem die Heilbarkeit unter den chronisch kranken Versicherten zu ermitteln. In ihren informatorischen Attesten äußern sie sich hierüber und der Beirat A hat für die Heilbaren die Ausführung des Heilverfahrens zu veranlassen. Man darf bei Lungenkranken nicht einen längeren Heilstättenaufenthalt, bei geeigneten Herzkranken nicht die Kosten eines Kurbades scheuen, wenn es gilt, die Herstellung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken. Freilich kommt noch hier ein zweiter Abschnitt der Therapie, der Nachweis angemessener Arbeit, hinzu, auf den wir alsbald einzugehen haben.

Für diejenigen chronischen Kranken, bei denen ein eigentliches Heilverfahren nicht mehr anwendbar ist, hat der Arzt in therapeutischer Hinsicht Verordnungen von Heilmitteln, bessere Ernährung, Bäder, Wohnungsänderung u. a. m. zu empfehlen. Es kommen hier nun noch Maßnahmen in Betracht, welche auf folgende zwei sehr wichtige Fragen Antwort geben:

I. Wie können wir verhüten, daß primär kranke Personen, die noch arbeiten können und müssen, in eine für sie ungeeignete Arbeitsstelle gelangen und infolgedessen die Versicherung besonders schwer belasten?

II. Soll mit der Krankengeldunterstützung der Rückfall der Krankheit oder die Arbeitslosigkeit ausgeglichen werden?

Schon jetzt wissen wir, daß zahlreiche Menschen einen Beruf ergreifen, zu dem sie körperlich nicht veranlagt sind. Schon funktionelle Störungen des Sehorgans, der Sehschärfe, der Beweglichkeit der Augenmuskeln, des Farbensinnes machen die mit diesen Fehlern behafteten Personen für bestimmte Berufe arbeitsunfähig. Wir müssen also erstens verlangen, daß der Berufswahl eine allgemein ärztliche und spezialärztliche Untersuchung vorausgehe. Aber deren Ergebnis stellt für den Betreffenden (Arbeitsburschen, Lehrling, beginnenden Arbeiter) lediglich einen hygienischen Rat dar. Nun muß sich ja der Arbeitssuchende nach dem örtlichen Arbeitsmarkt, nach der für jeden Beruf verschiedenen Nachfrage, nach seinen Beziehungen zur Erlangung einer Arbeitsstelle richten, und dadurch könnte das ärztliche Ergebnis seiner körperlichen Arbeitsfähigkeit von dem Suchenden gar nicht berücksichtigt werden. Es bleibt also nur übrig die Gründung einer freiwilligen Arbeitsnachweiskommission. Dieselbe wäre dem Beirat B. lose anzugliedern. Im kleinen existiert eine solche auf ärztlichen Untersuchungsergebnissen gegründete Arbeitsnachweiskommission im freiwilligen Erziehungsbeirat für schulentlassene Waisen. Die Hauptschwierigkeit der Ausführung liegt nur darin, für notorisch Kranke Arbeit zu suchen, für die sich genügend gesunde Personen anbieten.

Die Arbeitgeber würden kaum oder nur ausnahmsweise notorisch Kranke beschäftigen, die gesunden Arbeiter könnten befürchten, durch Kranke in den Arbeitsstellen verdrängt zu werden. Kurzum obwohl dieser Arbeitsnachweis nur aus dem Gesichtspunkte erfolgt, dem kranken Individuum eine angemessene Arbeit zu verschaffen, würde er sowohl bei Arbeitgebern als bei den Arbeitern selbst oft genug heftige Opposition finden. Und doch fordert die konsequente Therapie, daß für Tuberkulose nach Entlassung aus der Heilstätte zur Erhaltung der Heilung eine angepaßte Arbeitsstelle ausgesucht werde, daß Personen, die zeitweise mit Blei zu arbeiten hatten, diese Arbeit einstellen, um vorzeitige Invalidität zu vermeiden, daß Migränekranke während des Anfalles geschont werden. Eine passende Arbeit ist eben für die chronisch kranken, erwerbenden Arbeiter oft genug die einzige Therapie. Folgender Fall aus der Praxis diene zur Erläuterung: Der Maschinenbauarbeiter R. erlitt einen Betriebsunfall dadurch, daß er von einem Mitarbeiter mit einem schweren Instrument auf den Kopf geschlagen wurde. Kurz darauf traten alle Anzeichen einer traumatischen Neurose ein;

ich beantragte die Überweisung an eine offene Nervenheilstätte von der Krankenkasse aus, welche Maßnahme die subjektiven Beschwerden des R. so linderte, daß er zunächst keine Ansprüche an die Berufsgenossenschaft stellte und seine alte Beschäftigung als Schmied wieder aufnahm. Wie vorauszusehen war, stellten sich infolge dieser Beschäftigung die alten Beschwerden wieder ein, die sich so verschlimmerten, daß R. wiederum die Krankenkasse in Anspruch nahm. Mittlerweile war er wohl von Freunden belehrt worden; er wandte sich an die Berufsgenossenschaft. Ich bescheinigte in dem Gutachten an dieselbe, daß die traumatische Neurose unzweifelhaft vorhanden sei, daß aber eine geeignete Beschäftigung imstande sei, die Beschwerden des R. zu mildern, die Arbeitsfähigkeit auf einen höheren Grad zu bringen. R. wartete nicht den Ausgang seines Streitverfahrens gegen die ablehnende Berufsgenossenschaft ab, sondern meldete sich gesund, nachdem er eine leichtere Beschäftigung erhalten hatte. R. fühlt sich in derselben sehr wohl — wie er vor kurzem mir mitteilte — und hat nunmehr noch dazu laut Spruch des Schiedsgerichtes eine Unfallrente erhalten.

Offenbar war in diesem Falle die passende Beschäftigung, welche R. freilich erst infolge eintretender Vakanz und infolge des Verschweigens seines Unfalles erhielt, eine weit bessere Therapie als die Rente.

Derartige Fälle kommen wohl sehr vielen Ärzten zu Gesichte; diese dürften die Überzeugung gewonnen haben, daß die typische Rentenabfindung leichter, aber unzweckmäßiger als die geeignete Arbeitszuweisung ist.

Es kommt nun noch eine Überlegung hinzu, welche geeignet ist, uns die Schwierigkeit des Problems des therapeutischen Arbeitsnachweises deutlich zu machen; Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit gehen nicht immer einander parallel. Wir haben in dieser Hinsicht die Versicherten in 4 Kategorien einzuteilen:

- I. Volle Erwerbsfähigkeit, volle Arbeitsfähigkeit.
- II. Verminderte Erwerbsfähigkeit, volle Arbeitsfähigkeit.
- III. Volle Erwerbsfähigkeit, verminderte Arbeitsfähigkeit.
- IV. Verminderte Erwerbsfähigkeit, verminderte Arbeitsfähigkeit.

Der Begriff der Erwerbsfähigkeit, der bekanntlich heute bei Juristen und Medizinern verschieden aufgefaßt wird, sollte scharf von dem der Arbeitsfähigkeit getrennt werden.

Die Erwerbsfähigkeit hängt von zwei Hauptfaktoren ab, von der subjektiven Beurteilung der physischen Beschaffenheit des Arbeiters durch den Arbeitgeber und von der Lage des örtlichen Arbeitsmarktes, die Arbeitsfähigkeit dagegen ist ein durchaus objektiver medizinischer Begriff; sie sagt aus, daß die körperliche Konstitution und die normale Funktion der einzelnen Organe zur Arbeit befähigen. Ein Arbeiter mit subnormaler Körperlänge kann volle Arbeitsfähigkeit besitzen und dennoch eben wegen seiner Kleinheit hinter seinen Kollegen in der Erwerbsfähigkeit zurückbleiben. Ein auffälliger kosmetischer Fehler, Narben, Ausschläge auf der Stirn, auf den Armen stören die Erwerbsfähigkeit, während die Arbeitsfähigkeit voll erhalten ist. Mir ist ein Fall in Erinnerung, daß ein junger Mann wegen Acne vulgaris auf der Stirn, welches Leiden für Syphilis gehalten wurde, keine Arbeit finden konnte. Bekannt ist das Schicksal der Psoriatiker, welche wegen der Schuppenflechte auf den Armen von ihren Mitarbeitern als syphilitisch angesehen werden und daher öfters die Arbeitsstelle verlieren. Umgekehrt kann die Erwerbsfähigkeit erhalten sein bei einem Versicherten, der blühend aussieht, aber irgendeine chronische innere Erkrankung aufweist, die seiner Arbeits-

fähigkeit erhebliche Einschränkungen bringt. Arbeitern mit Lungenspitzenkatarrh wird nicht geglaubt, daß dieselben sich leicht matt, unfähig zum Steigen und Bücken fühlen, weil ihr Aussehen den allgemeinen Vorstellungen über Erwerbsfähigkeit nicht widerspricht. Am schlimmsten zu leiden haben hier die blutarmen, erwerbenden Frauen, die so gern als Simulanten angesehen werden. Wenn die organische Schädigung so schwer ist, daß die Arbeitsfähigkeit gänzlich aufgehoben ist, so pflegen auch meist Veränderungen im Aussehen, im Gang, oder auffällige Beschwerden wie Atemnot einzutreten, die von der Umgebung, vom Meister überhaupt, von den Laien als schwere Schädigung auch der Erwerbsfähigkeit betrachtet werden.

Weiter: Der Grad der Arbeitsunfähigkeit hängt ab

1. von der Art der zu leistenden Beschäftigung. Eine Fingerquetschung, die mit dem Verlust des Endgliedes des rechten Zeigefingers verknüpft ist, ist im Hinblick auf die Erwerbsfähigkeit und auch für manches Arbeitsfeld eine geringe Einbuße; für den Feinmechaniker dagegen stellt diese Störung eine schwere Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit dar. Die Krampfaderen stören die Erwerbsfähigkeit, weil unsichtbar, gar nicht, wenn sie nicht so außerordentlich stark sind, daß sie den Gang erschweren; für die Arbeitsfähigkeit sind sie aber auch in leichteren Fällen, wenn ihr Träger viel stehen muß, sehr störend;
2. von dem Sitz der die Arbeitsunfähigkeit hervorrufenden Krankheit, von der Rolle des erkrankten Organes für die jeweilige Arbeit. Frakturen der Finger bedingen einen stärkeren Grad der Arbeitsunfähigkeit, als solche der Zehen;
3. von dem Grad und der Schwere der Krankheit.

Anders steht es mit der Beeinflussung der Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Unfall:

1. In den Zeiten wirtschaftlicher Krisen und Absatzstockungen pflegen sich die Betriebe zunächst ihrer kranken Arbeiter zu entledigen, während bei Zunahme des Absatzgebietes mehr und auch kranke Arbeiter herangezogen werden. Je günstiger der Arbeitsmarkt, je reichlicher Gelegenheit sich zum Erwerben bietet, desto geringer wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit bemessen für diejenigen Personen, die durch Krankheit oder Unfall in der Arbeitsfähigkeit beschränkt sind;
2. die Erwerbsfähigkeit ist ferner relativ in bezug auf die technischen Kenntnisse des Arbeiters. Je weiter dieselben sind, desto größer ist sein Grad der Erwerbsfähigkeit. Den ungelerten Arbeiter beschränken vielfach Krankheit oder Unfall mehr in der Erwerbsfähigkeit, als den gelerten;
3. sie hängt ab, wie schon erwähnt, von der subjektiven Beurteilung der Erscheinung des Erwerbenden. Je weniger derselbe Narben, Ausschläge, ausgesprochene Häßlichkeit, Verstümmelungen u. a. aufzuweisen hat, oder je günstiger das Äußere trotz der Fehler vom Arbeitgeber beurteilt wird, um so mehr bessert sich der Grad der Erwerbsfähigkeit;
4. je besser die wirtschaftlichen Beziehungen des Arbeiters zur Erlangung einer Arbeitsstelle, Protektion seitens der Arbeitgeber oder des Gewerksvereins sind, um so günstiger steht die individuelle Erwerbsfähigkeit.

Die individuelle Arbeitsfähigkeit ist — allgemein ausgedrückt — ein objektives Produkt aus Art der Arbeit und adäquater Leistungsfähigkeit, die Erwerbsfähigkeit die subjektive Projektion des Arbeitsangebotes auf den Arbeitsmarkt.

Aus diesen Betrachtungen ergibt sich von selbst die Schwierigkeit der passenden Unterbringung eines erkrankten oder genesenden Versicherten.

Nicht minder schwierig gestaltet sich die Beantwortung der zweiten Frage: Soll bei den chronischen Kranken mit der Krankengeldunterstützung der Rückfall der Krankheit oder die Arbeitslosigkeit ausgeglichen werden?

Das bisherige Krankenversicherungsgesetz ignoriert das Vorhandensein chronisch kranker Versicherter. Im § 6 der Gemeindekrankenversicherung (Gesetz vom 25. Mai 1903) wird nur die Unterscheidung zwischen erwerbsfähigen (Absatz 1) und erwerbsunfähigen Kranken (Absatz 2) gemacht. Nur den letzteren wird Krankengeld gewährt. Nach § 20 der Bestimmungen für die Ortskrankenkassen wird Krankengeld gewährt im Falle einer Krankheit oder einer durch Krankheit herbeigeführten Erwerbsunfähigkeit. Und im § 28 bleibt Erwerbslosen der Anspruch auf die gesetzlichen Mindestleistungen in Unterstützungsfällen drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Kasse erhalten. Der Zentralverband der deutschen Krankenkassen begehrt in seiner die Änderung beziehungsweise Zusammenlegung der Arbeiterversicherung betreffenden Petition denselben Fehler: er fordert (§ I) Unterstützungen im Falle der Krankheit und Krankengeld im Falle der Erwerbsunfähigkeit; freilich sondert er die chronischen Gewerbekrankheiten ab (§ III) und betrachtet dieselben als Folgen von Betriebsunfällen. Es wird also hier überall die Tatsache vom Gesetzgeber verschwiegen, daß zahlreiche Personen mit bestehender Krankheit in die Versicherung eingetreten sind und nunmehr sowohl bei Verschlimmerung des Leidens infolge der unpassenden Arbeit oder auch bei Verlust der Arbeitsstelle durchaus mit Recht als erwerbsunfähig bezeichnet werden müssen. Statt den Fehler in der Gesetzgebung einzusehen und zu verbessern, schieben die Juristen die Belastung der Versicherung auf die Ärzte! Tatsächlich aber übernehmen diese und die gesunden Versicherten die Kosten der Mehraufnahme kranker Personen.

Nun steht ja zu hoffen, daß bei der Verschmelzung der Arbeiterversicherung für zahlreiche chronisch kranke Versicherte, die gegenwärtig keinem Heilverfahren unterliegen können, die finanzielle Deckung des Heilverfahrens gegeben ist. Seit 1891—1901 gab die Invalidenversicherung allein 16508068 M., seit 1885—1901 die Unfallversicherung 21036920 M. für Heilverfahren aus.

Dazu kommen von seiten der Krankenversicherung von 1885—1891 Ausgaben für Arztkosten 343 922 426 M., Heilmittel 278 247 237 M., Anstaltspflege 198 427 532 M.

Vielen dieser chronischen Kranken wird entschieden der therapeutische Arbeitsnachweis von Nutzen sein. Es bleiben aber dann noch Kranke genug übrig, für die ein Heilverfahren unmöglich ist und die eben zum Erwerben gezwungen sind. Für diese soll eine besondere Kommission für kranke Arbeitsunfähige von Fall zu Fall entscheiden, ob entweder Arbeitslosen- oder Naturalien- oder medikamentöse Unterstützung oder Anstaltspflege für die einzelnen Rückfälle beziehungsweise Verschlimmerungen der Krankheit zu gewähren ist.

Die Grundlage für die Entschlüsse dieser Kommission bildet das Gutachten des behandelnden Arztes, den der Kranke ohne triftige Gründe nicht wechseln darf (um nicht durch den Wechsel des Arztes zu versuchen, mehr Gefälligkeiten für sich herauszuschlagen), und eines oder mehrerer zugehöriger Spezialärzte. In dieser Kommission soll ferner ein Vertreter der städtischen Armenpflege und je ein Vertreter der freien Liebestätigkeit von seiten der Arbeitgeber (Vaterländischer Frauenverein, Hauspflege u. a.) und seitens der Arbeitnehmer (Gewerkschaft) vorhanden sein. Es ist besonders die Unterstützung der Arbeitslosen eine Aufgabe der Gewerkschaften, die zugleich den besten Schutz gegen die Arbeitsscheu abgeben.

In dieses Kapitel gehört auch die Ausdehnung der Versicherung erstens auf die Familien, zweitens auf freiwillige Mitglieder, drittens auf die Hausindustrie. Non multa sed multum! Wenn die Versicherung a priori mit zu viel Kranken belastet wird, so kann sie dem einzelnen nur wenig helfen und leicht dem finanziellen Ruin entgegengeführt werden. Was zunächst die Familienunterstützung betrifft so sollte man vor deren Einführung die Ärzte nach den Kosten fragen. In Nr. 2 und 3 des „Reformblattes für Arbeiterversicherung“ berichtet Konrad Kothe über Praxis und Verwaltung der Betriebskrankenkasse der Großen Berliner Straßebahn. Nachdem er ganz naiv den erhöhten Krankenstand des Jahres 1904 auf die dreifache Vermehrung der Kassenärzte zurückgeführt hat, äußert er sich über die Familienversicherung, wie folgt:

„Der verhältnismäßig ungünstige Kassenstand wird im wesentlichen durch die weitgehende Unterstützung der Familienangehörigen herbeigeführt, welche im Jahre 1904 ca. 75 000 M. Mehrausgaben erforderte. Einer Gesamtausgabe von 102 000 M. für Familienangehörige steht nur eine Einnahme von 26 300 M. aus den Zusatzbeiträgen gegenüber.“ Die zuschauenden Ärzte kann das nicht in Erstaunen versetzen. Ein Magendarmkatarrh eines Säuglings erfordert bei der Dauer von 6 Wochen Aufwendungen von Knorr'schem Hafermehl, Biederts Rahmgemenge, die hier keine Nähr-, sondern echte Heilmittel sind, ferner von Kalomel, Tannigen und anderen Medikamenten. Und Magistralformeln gibt es hier ja nicht, weil die Kinderheilkunde jüngeren Datums ist als die Magistralformeln, und weil die Verordnung für jeden Säugling individuell verschieden ist. Nicht geringere Aufwendungen erfordert die Dyspepsie der Säuglinge, noch mehr die durch langwierigen Verlauf gezeichnete englische Krankheit. Bedarf es ausdrücklicher Betonung, daß späteres Kindesalter und die Frauen der Versicherten häufige und kostspielige Unterstützung erfordern? Die Blutarmut der Frauen, hervorgerufen und unterhalten durch Unterleibsaffektionen, häufige Geburten, chronische Unterernährung oder gar übermäßige gewerbliche Arbeit, ist die verbreitetste und ständigste Krankheit, deren Ursachen meist aus wirtschaftlichen Gründen unausrottbar sind. Man sollte aber sehr vorsichtig mit der Einführung der Familienversicherung sein, die bei zentralisierten Kassen eine weit höhere Inanspruchnahme der Unterstützungen erwarten läßt und höchstens in besonderen Fällen von Krankheiten der Mütter, eine einmalige Unterstützung festlegen. Oder es empfiehlt sich die kostenlose Verabreichung von Nahrungsmitteln an solche Frauen und Kinder, welchen dieselben zur Heilung dienen, als besondere mit der Versicherung verbundene und je nach deren Überschüssen zu regelnde Einrichtung zu schaffen. Sobald die Familienversicherung erst eingeführt ist, dürfte ihre Abschaffung geradezu unmöglich sein. Ferner müßte die Aufnahme freiwilliger Mitglieder unter der Voraussetzung wiederholter ärztlicher Untersuchung erfolgen: für die chronischen Kranken müßten besondere Kautelen entweder in der Erhöhung der Beiträge oder Herabsetzung der Leistungen geschaffen werden. Was die Hausindustrie betrifft, die mit ihrer Überbürdung und ihren sonstigen bekannten aller Hygiene Hohn sprechenden Zuständen chronische Kranke züchtet, so ist sie tunlichst durch Gesetz einzuschränken resp. zu verbieten. In dieser Hinsicht wirkt das allgemeine Verbot der Kinderarbeit. Soll die Hausindustrie in die Versicherung miteinbezogen werden, und damit wieder die Zahl der kranken versicherten Frauen in die Höhe gehen, so empfiehlt sich entweder die Anwendung besonderer Fürsorge wie für die in giftigen Betrieben arbeitenden Personen oder der Kreis der gesunden Personen in der Versicherung ist zu vermehren, durch Einbeziehung der in den staatlichen Betrieben beschäftigten versicherungspflichtigen Personen, oder es sind Versicherungs-

verbände zu schaffen, die den von der Hausindustrie besonders heimgesuchten Bezirken besondere Beihilfe gewähren.

Wir kommen nunmehr dazu, die Aufgaben des Beirates C kennen zu lernen. Sein Arbeitsfeld ist die Fürsorge für die dauernd Arbeitsunfähigen, den Weg, den er zur Erreichung seines Zieles einschlägt, habe ich als Armenpflege bezeichnet. Ich glaube hierzu aus folgender Erwägung heraus berechtigt zu sein: Die soziale Gesetzgebung ist ein sehr wichtiges Mittel der Verhütung und Versorgung der Armen, sie hat hauptsächlich zur Entlastung der städtischen Armenpflege beigetragen. Diese steht, wie Münsterberg hervorhebt, erst an letzter Stelle aller Maßregeln wider die Armut. Ein bedeutender Kreis notorischer Armen ist der Fürsorge des Beirates C unterworfen, nämlich alle diejenigen Personen, die infolge a) von höherem Alter, b) eines Unfalles, c) einer Krankheit dauernd und gänzlich arbeitsunfähig sind. (Ein weiterer großer Kreis wird der städtischen Armenpflege durch die künftige Witwen- und Waisenversicherung enthoben werden.) Die Armenpflege hat hier nicht die ihr zugehörigen Personen, sondern ihre verantwortliche Leitung gewechselt, an die Stelle der Stadt ist die Versicherungsanstalt getreten. Der Beirat C kann daher auch keine anderen Pflegearten als diejenigen der Armenpflege für seine Aufgaben, die teils sozialer, größtenteils aber rein humaner Art sind, verwenden.

In der bisherigen Invalidenversicherung sind drei Kardinalfehler gemacht worden.

I. Der Begriff der Invalidität ist nicht absolut auf Grund der Arbeitsunfähigkeit, sondern relativ in bezug auf die Erwerbsunfähigkeit im Gesetze festgelegt.

II. Der Arzt soll sich über den Grad sowohl der Arbeits- als der Erwerbsunfähigkeit gutachtlich äußern; er soll ein Urteil abgeben, wie der individuelle Verlust der Arbeitsfähigkeit von der Versicherungsanstalt sozial zu bewerten ist; dazu gehören Kenntnisse, die außerhalb seines beruflichen Wissens liegen.

III. Die Invalidenversicherung ist mit Aufgaben betraut worden, welche die Krankenversicherung ausführen müßte (§ 18 und 19 des Invalidenversicherungsgesetzes), andererseits ist für die Abfindung der Invaliden eine zu geringe Auswahl der Unterstützungsformen (Vorwiegen der Rente) vorhanden.

Es ist bekannt, zu welcher Verwirrung die verschiedenartige Definition des Begriffes „Invalidität“ geführt hat. Es werden als invalide bezeichnet:

- a) die dauernde für einen bestimmten Beruf (oder für eine bestimmte Gruppe von Berufen) absolute Arbeitsunfähigkeit. Hierher gehört die sogenannte Berufsinvalidität. Der Feinmechaniker, der sich eine schwere Fingerverletzung zuzog, ist nur für diesen Beruf, dauernd arbeitsunfähig;
- b) die vorübergehende, für jeden Beruf absolute Arbeitsunfähigkeit. Nach § 16 des Invalidenversicherungsgesetzes erhält derjenige nicht dauernd erwerbsunfähige Versicherte, welcher während 26 Wochen ununterbrochen erwerbsunfähig gewesen ist, Invalidenrente. Nach § 47 kann die Rente entzogen werden, wenn in den Verhältnissen des Empfängers einer Invalidenrente eine Veränderung eintritt, welche ihn nicht mehr als erwerbsunfähig erscheinen läßt.

Hier handelt es sich also gar nicht um die Rente für die Unterstützung eines Invaliden, sondern um die Pflege eines Kranken. Der Laie, auch der Jurist, kann sich nicht leicht vorstellen, daß die Behandlung einer Krankheit jahrelang dauern kann. Nicht die Unterstützung mit Krankengeld bzw. Invalidenrente, sondern das medizinische Heilverfahren oder der therapeutische Arbeitsnachweis oder eine Kombination beider ist in solchen Fällen öfters

indiziert. Beispiel: Tuberkulöse Coxitis. Es wird hier ferner die vorübergehende, für einen bestimmten Beruf eingetretene absolute Arbeitsunfähigkeit als Invalidität angesehen;

- c) die dauernde für jeden Beruf absolute Arbeitsunfähigkeit.

Als Prototyp dieser Invalidität kann das Alter gelten. Der reiche Privatmann, der 80 Jahre erreicht hat, ist tatsächlich nach der Verfassung seines Herzens, seiner Schlagadern, seiner Gelenke für jede körperliche Arbeit unfähig; von unserem ärztlichen Gewissen aus müßten wir für ihn jede regelmäßige, körperliche Arbeit als gesundheitsgefährlich bezeichnen. Wir könnten ihn unter sicherer Übereinstimmung mit einem technischen Sachverständigen als 100% arbeitsunfähig bezeichnen. Bei dem Versicherten dagegen ist dieses Höchstalter selbstverständlich bedeutend zu erniedrigen. Diese rein physiologische Erwägung hat in dem Invalidenversicherungsgesetz keinen Raum. Im Gegenteil erhält (nach § 15) ohne Rücksicht auf das Vorhandensein von Erwerbsunfähigkeit derjenige Versicherte Altersrente, welcher das 70. Lebensjahr vollendet hat. Das Gesetz gibt den Greisen für das Alter eine „Pension“, entschädigt aber nicht die meist zugleich vorhandene totale Arbeits- und totale Erwerbsunfähigkeit. Tatsächlich nehmen denn auch, im Gegensatz zu allen theoretischen aber leider im Invalidenversicherungsgesetz fixierten Erwartungen, die Altersrenten beständig ab, die Invalidenrenten dagegen zu. Wenn Roscher meinte (System der Armenpflege 1894, S. 306) zur Versicherung eignen sich Alterschwäche und Invalidität der Arbeiter in besonders hohem Grade, weil diese beiden Gefahren alle bedrohen, aber nur für die Minderzahl wirklich eintreffen, auch für die Betroffenen nicht gleich früh und gleich lange, so haben die Tatsachen eben diese „Grundlage“ der Versicherung nachhaltig erschüttert und zu einer Diskussion über das Anwachsen der Invalidenrenten geführt, die von seiten der Juristen, die für das Gesetz einstanden und einstehen müssen, ausklingt in Anschuldigungen gegen die Ärzte (Mängel der Begutachtung) oder gegen die Versicherten (Simulation, Begehrlichkeit). Der Begriff der sogenannten reichsgesetzlichen Invalidität ist nicht beschränkt worden auf die körperlichen Bedingungen der totalen individuellen Arbeitsunfähigkeit, er ist vielmehr ausgedehnt worden auf: 1. die wechselnde Lage des Arbeitsmarktes, 2. die Annahme, daß Personen mit verminderter Arbeitsfähigkeit leicht auf dem Arbeitsmarkt Beschäftigung finden können. Nun gelingt es ja wohl noch tatsächlich notorischen Arbeitsunfähigen hier und da eine geeignete Arbeitsstelle zu finden; was aber berechtigte den Gesetzgeber, diesen Zufall als eine selbstverständliche normale Erscheinung zu betrachten? Denn „nach dem Gesetz gilt eine Person als dauernd erwerbsunfähig, welche nicht imstande ist, ein Drittel desjenigen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Lohnarbeit zu verdienen pflegen und zwar durch eine ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit, die ihr unter billiger Berücksichtigung ihrer Ausbildung und ihres bisherigen Berufes zugemutet werden kann.“ Aus dieser gesetzlichen Formulierung folgt zweierlei Unrecht für die Therapie der Invalidität: Eine Gruppe von Invaliden erhält keine Rente, sondern wird auf die Arbeit verwiesen, kann aber solche nicht finden und fällt schließlich der öffentlichen Armenpflege zur Last, oder verzichtet freiwillig auf jede Unterstützung (vgl. die Ausführungen des Herrn San.-Rat Reib, Verhandlungen der Gesellschaft für soziale Medizin, Heft II, S. 7), die andere Gruppe erhält eine Rente zuerkannt und findet obendrein durch irgendwelche Beziehungen eine ihren Kräften angemessene oder unangemessene, vorübergehende oder dauernde, jedenfalls bezahlte Arbeit.

Hieraus folgt die Notwendigkeit der Reform der Maßnahmen gegen Invalidität. Nach unseren Vorschlägen scheiden die Heilbaren, denen die zentralisierte Versicherung ein entsprechendes Heilverfahren angedeihen läßt, aus. Zweitens scheiden diejenigen aus, denen die therapeutische Arbeitsnachweiskommission aus eine dem Rest der Gesundheit und den Fähigkeiten entsprechende Arbeitsstelle bringt.

Dann bleibt die Fürsorge für die eigentlichen Invaliden zurück. Darunter sind: 1. solche Personen zu verstehen, welche nach genügend langer Mitgliedschaft infolge des höheren Alters oder einer Krankheit in ihrer Arbeitsfähigkeit dauernd so beschränkt sind, daß sie ohne erheblichen Schaden für ihre Gesundheit außerstande sind, einen Beruf auszuüben (absolute Invalidität); 2. diejenigen Personen, welche infolge höheren Alters oder einer Krankheit einen kleineren oder größeren Rest von Arbeitsfähigkeit besitzen, aber infolge dieser Einbuße an Arbeitsfähigkeit keinen Erwerb finden können. (Relative Invalidität).

A. Die absolute Invalidität umfaßt:

1. das Greisenalter, das je nach der Art der Beschäftigung (gelernter, ungelernter oder geistiger Arbeiter, Pielicke, Verhandl. d. Ges. f. soz. Medizin, Heft 2) und nach dem Körperbau individuell und in einem zeitlich verschiedenen, aber unmöglich ganz exakt zu bestimmendem Zeitpunkte den Invaliden einzureihen ist;
2. viele unheilbaren Kranken, Krebs, Lungentuberkulose, Herzklappenfehler, Nierenentzündung u. a. m. sind in einem gewissen Stadium, d. h. zu einem nicht auf den Tag exakt zu bestimmenden, ebenfalls individuell verschiedenen Termine mit allgemeinen und örtlichen Beschwerden verknüpft, welche ihrem Träger es unmöglich machen, auch Arbeit von geringstem sozialen Werte zu produzieren.

Bei diesen beiden Gruppen tritt die Arbeitsfähigkeit gegen die Krankheit zurück, die Krankenpflege und als deren Unterabteilung die Alterspflege tritt in ihre Rechte.

B. Die relative Invalidität umfaßt ebenfalls zwei Gruppen:

1. diejenigen Personen, deren die bisherige Arbeit infolge der allmählichen oder plötzlichen Krankheit (Unfall) zu schwer wird, für welche also das Aussuchen einer leichteren Beschäftigung erforderlich ist. (Übergangsarbeit.) Der Asthmakranke z. B. ist imstande, leichtere Arbeit zu verrichten, bis die Arbeitsunfähigkeit absolut wird;
2. diejenigen Personen, deren Krankheit ein Endresultat aufweist, welches die Arbeitsfähigkeit in geringerem, in höherem Grade die Erwerbsfähigkeit einschränkt. Der Tabiker ist beim Auftreten des charakteristischen Ganges wenigstens im bestimmten Grade arbeitsfähig, es dürfte aber nur mit großen Schwierigkeiten verknüpft sein, ihn zu dieser Zeit auf eine Arbeitsstelle unterzubringen.

Wir haben also drei Stadien der Entwicklung zu beachten:

1. die Arbeit gesunder Personen, die auch von Kranken geleistet wird;
2. die Übergangsarbeit und 3. als Ausgangsstadium.
 - a) die Arbeit der Erwerbsbeschränkten,
 - b) die absolute Arbeitsunfähigkeit.

Bei dieser wesentlichen Verschiedenheit der absoluten und relativen Invalidität muß auch die Fürsorge verschiedene Wege einschlagen. Wie in der Armenpflege die Geldgewährung nicht die einzige Form der Unterstützung bildet, sondern bald der Arbeitsnachweis, bald die Geld- bald die Naturalienunterstützung in Anwendung kommen, so sollte jeder einzelne Fall von Invalidität nicht schablonenhaft mit einer Rente abgefertigt werden. Bei der absoluten Invalidität wird man von der Einzel- resp. Familienpflege oder auch von Altersheimen für nicht kranke Greise Gebrauch machen.

Für die oben bezeichneten kranken Invaliden kommt noch die ärztliche Pflege hinzu, zumeist in Siechenheimen oder Anstalten für unheilbare Kranke. Die ärztliche Versorgung sowohl der von vornherein kranken als der erkrankenden Invaliden ist heute wie bei den übrigen Armen deshalb sehr mangelhaft, weil die größeren Städte zu wenig Ärzte und Spezialärzte für deren Behandlung anstellen. Sehr viele Armenärzte ziehen es heute schon vor, dem Armen gute Nahrungsmittel als billige Arzeneimische zu verabreichen. Und doch wäre es notwendig, auch die therapeutische Ökonomie der Armenpraxis näher zu erforschen! Die Gerechtigkeit fordert es, daß auch die Invaliden genau so, wie die übrigen Armen sich den Arzt ihres Vertrauens wählen dürfen. Die Zahl der sich zur Verfügung stellenden Ärzte dürfte ausreichend sein.

Sehr wichtig ist die Tätigkeit der Kontrolleure, oder wie wir sie wohl bezeichnen dürfen, der Invalidenpfleger.

Ihnen muß die Revision der Invaliden, da wo es sich um Familienpflege handelt, hinsichtlich der Wohnung, der Ernährung, des Alkoholgenusses, der Umgebung obliegen. In den Invalidenhäusern muß sich die Revision auf ähnliche Erhebungen erstrecken. Ferner ist es Aufgabe des Invalidenpflegers, den Stand und die Veränderungen der Erwerbsverhältnisse und des körperlichen Befindens des seiner Fürsorge anvertrauten Invaliden zu erkunden. Von seinen Berichten hängen weitere Entschlüsse des Beirats C ab. „Der beste Samariter ist der Arzt“, dieses Wort gilt in sinngemäßer Änderung auch für die Invalidenpflege. Der Nichtarzt bildet sich oft über Konstitution und Milieu der Invaliden ein unzutreffendes, einseitiges Urteil.

Nach diesen Darlegungen erkennen wir, daß die Aufgaben und demgemäß die Ausführungsorgane des Beirats C besonders mannigfaltig sind. Zu den letzteren gehören:

1. Die Ärzte sowohl der geschlossenen Anstalten als der Einzelpflege. Sie haben
 - a) gutachtliche Berichte über den Stand der Invalidität abzugeben;
 - b) die Behandlung zu übernehmen, im Falle des Rückfalles der alten Krankheit oder bei einer neuen Erkrankung. Wenn angängig und kein Gegen Grund vorliegt ist der Invalide seinem früheren (langjährigen) Ärzte zuzuweisen;
2. die Invalidenpfleger;
3. die Arbeitgeber und Arbeitnehmer (Unterbringung in eine Beschäftigung);
4. die privaten und wohltätigen Vereine (Unterstützung der Familien, Fürsorge für leichte Beschäftigung, Verabreichung billiger Nahrungsmittel).

An den praktischen Sitzungen des Beirats C nehmen also teil: Ärzte, Pfleger, Arbeitgeber; Vertreter der Gewerkschaften, der privaten (Frauen-) Vereine. Die theoretischen Aufgaben des Beirats C. bestehen in der Führung der Invalidenstatistik und -Kasuistik, in Untersuchung der Ursachen der Invalidität und deren Verhütung.

Für den so skizzierten Bau der sozialen Versicherung paßt keine andere Verwaltung als die parlamentarische, d. h. eines mitbeschließenden Rates von Sachverständigen, neben der eigentlichen geschäftsführenden Stelle.

Die Schwierigkeit in der Konstituierung dieses Parlaments liegt nur darin, daß es keineswegs irgendwelchen parteipolitischen Charakter besitzen darf, sondern beruhen muß auf einer vollständigen Gliederung auf sozialhygienischem Gebiete, die noch kaum über das früheste Stadium der Entwicklung hinausgekommen ist. Freilich die ärztliche Gewerkschaft sehen wir kräftig fortschreiten, ihre Vertrags-, Vertrauens- und Krankenkassenkommissionen, ihre Versammlungen und Publikationsorgane

beweisen, wieviel die Ärzte bisher in sozialer Hygiene gelernt haben.

Aber man muß bekennen, die Arbeitgeberorganisationen betrachten die soziale Hygiene als ein Land, welches sie nur gezwungen auf höheren Befehl bebauen, während die Arbeitnehmer das alleinige Heil von der sozialdemokratischen Hygiene erwarten.

Schmal ist der Weg der Pflicht, auf dem sich beide Parteien treffen und verständigen können; die Ärzte sind hierfür die Friedensvermittler. Und so meine ich, wird in der kleinsten Stadt, oder in einem Bezirk mehrerer Ortschaften ein unbesoldetes Parlament aus Arbeitgebern, Arbeitnehmern, Ärzten, Spezialärzten, Apothekern, Krankenpflegern, ärztlichen und technischen Gewerbeinspektoren, Armenpflegern als Beirat für die örtliche Versicherung errichtet werden können. Je vollendeter die berufständische Gliederung dieser Gruppen sein wird, je mehr auch Arbeitgeber und Arbeitnehmer zur Erkenntnis und Würdigung der sozialen Hygiene gelangen, um so leichter wird es sein, für die Erfüllung der hohen und schwierigen Aufgaben der Versicherung geeignete, uneigennützig und von jeder Partei unabhängige Männer zu finden, mögen dieselben nun aus lokaler Wahl oder aus der Ernennung der Zentralstelle des betreffenden Berufsverbandes hervorgehen.

Ich brauche es nicht zu betonen, daß nach diesem Plane eine weitgehende Entlastung des Oberbaues der sozialen Versicherung des Reichsversicherungsamtes stattfindet. Die erhöhte Inanspruchnahme derselben beruht a) auf den Mängeln der Invalidenversicherung, b) der Unfallversicherung. Die Unterscheidung zwischen betrieblichen und außerbetrieblichen Unfällen muß bei der zentralisierten Versicherung fortfallen, ein Mißstand, den der zitierte Entwurf der Ortskrankenkassen richtig erkannt hat und beseitigt wissen will. Die gesetzlich festgelegte Rente für die infolge des Betriebsunfalles eingetretenen Schädigungen ist geeignet, berechnete und unberechnete Ansprüche auf ihre Erhebung zu vermehren; sie hat eben beträchtliche Nebenwirkungen zur Folge, sie erzeugt fortdauernd subjektive Vorstellungen über den Grad der Arbeitsunfähigkeit, subjektive Bemessung der Schwere des Unfalles nach dem Grade der wirtschaftlichen Schädigung für den Verletzten und dessen Familie, ein subjektives Urteil über die Fortdauer der körperlichen Störung. Kurz, sie führt bei dem Verletzten zu einem Kampf ums Recht, ein Moment, das bekanntlich sehr viel zur Verschlimmerung der Unfallkrankung beiträgt. Verderblich ist in dieser Hinsicht ganz besonders das bürokratische Schema der ersten 13 Wochen: Meldung des Unternehmers, Vernehmung durch das zuständige Polizeiviertel, vorläufige Familienunterstützung seitens der Krankenkasse. Das informatorische Attest, das über jede mit Arbeitsunfähigkeit einhergehende verbundene Krankheit, also auch über die schweren Unfälle abgegeben wird, ist die geeignetste Form der Anzeige, die beste Grundlage für Unfallstatistik, -behandlung und -verhütung.

Das Unfallversicherungsgesetz ging bekanntlich aus von der Haftpflicht der Unternehmer. Zugegeben, daß in einer großen Zahl der Betriebsunfälle seitens der Betriebe Schutzvorrichtungen fehlen oder mangelhaft gehandhabt werden, in einer nicht geringen Anzahl überwiegt die eigene Unvorsichtigkeit des Verletzten. Treten nun etwa die Straßenbahngesellschaften oder Stadtverwaltungen für Unfälle ein, welche Passanten durch eigene Unvorsichtigkeit sich im Verkehr zuziehen? Ferner zeigt sich eine ungerechtfertigte Inanspruchnahme der Arbeitgeber darin, daß bekanntlich nach der Zahl der Unfälle die Gefahrenklasse erhöht wird, während doch die Zahl der Unfälle in den Betrieben schwankt und nur ein

Bruchteil zur Entschädigung gelangt. Aus allen diesen Gründen und weil ja die Endresultate beiderseits dieselben nämlich Störung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind, empfiehlt sich der Fortfall der Unterscheidung zwischen betrieblichen und außerbetrieblichen Unfällen.

Der Oberbau der Versicherung würde also ganz andere Aufgaben erhalten; er müßte fungieren

1. als Aufsichtsbehörde,
2. als Schiedsgericht,
3. als Zentralauskunftsstelle für die unter sich verbundenen lokalen Versicherungen. Seine Zusammensetzung würde sich entsprechend den Funktionen der vereinfachten Versicherung und deren hygienischen Berufsparlamenten ändern müssen.

Es ist in der Gegenwart außerordentlich schwierig, die soziale Versicherung in eine von jeder Politik freie und lediglich der sozialen Therapie gewidmeten Bahn zu führen. Sind doch beide vielfach leider mit einander verknüpft, so daß z. B. die Erhöhung der Lebensmittelpreise eine verderbliche Rückwirkung auf den Lebensunterhalt gesunder und noch mehr kranker Arbeiter äußern kann. Dennoch habe ich mich bemüht zu zeigen, welche Funktionen eine unabhängige, jedem Versicherten nützliche soziale Versicherung zu erfüllen hat.

In den ersten Anfängen ein Institut der Armenpflege, so dann eine Wohlfahrtseinrichtung im Sinne einer nationalen Gewerkschaft steht die deutsche Arbeiterversicherung jetzt vor dem bedeutsamen Augenblick, ein Gebäude nationaler Zwangsgenossenschaft, ein hervorragendes Denkmal der Volksgesundheit zu werden. Und die Mittel zur Erreichung ihrer Ziele heißen therapeutische Ökonomie und Fürsorge für Arbeitsunfähige und Invaliden.

Berichtigung für Seite 342 dieser Zeitschrift Zeile 22 von unten: Satz III ist nach II zu lesen, nicht vor I.

Über jugendliche Lügnerinnen.*)

(Mit zwei Fällen aus der Provinzial-Irrenanstalt zu Treptow a. Rega.)

Von
Dr. Horstmann.

Meine Herren!

Ich erlaube mir in Kürze über zwei jugendliche Brandstifterinnen zu berichten, die in den Jahren 1900 und 1905 unserer Anstalt zur Beobachtung und Begutachtung überwiesen wurden und bei welchen — wie mir scheint — die Art der an den beiden Explorandinnen wahrgenommenen Lügenhaftigkeit ein besonderes klinisches Interesse beanspruchen darf und als kasuistisches Material zur Frage der pathologischen Lüge beigetragen werden mag.

Erster Fall: Martha Z., bisher unbestraft, hat einen beschränkten Vater (Bauerngutsbesitzer), der ihr keine gute Erziehung gab, erblich weiter nicht belastet, zündete mit 15½ Jahren dem Nachbar die Scheune an. Z. hatte ihrem Vater und einer Tante das Feuer einige Stunden vorher prophezeit, sie könne ja aus den Karten lesen. Sie bat vorher den Vater, am Göpelwerk nahe der Brandstelle die Pferde treiben zu dürfen, damit sie gleich sähe, wenn etwas passiere. Der Vater erzählte all dieses harmlos dem geschädigten Nachbar. Die Z. war außerdem die erste, welche das Feuer bemerkte und somit war der Verdacht natürlich auf die Z. gelenkt. Ein Gendarm unterzog sie einem Verhör, wobei die Z. Folgendes angab: Vor einem Vierteljahr sei ihr eine feine Dame im Felde begegnet. Dieselbe habe ihr die Karten gelegt und ihr daraus offenbart, daß ihrem Vater immer Geld gestohlen würde, sie hätten einen falschen Nachbarn. Die Dame habe ihr das Karten-

*) Vortrag, gehalten auf der Versammlung des nordost-deutschen psychiatrischen Vereins in Danzig am 3. Juli 1905

legen gelernt, und einen Zettel gegeben, den sie im Felde habe vergraben müssen. Von der Zeit an könne sie aus den Karten die Ereignisse jeden Tages vorher weissagen. Durch diese Kenntnis des Kartenlegens habe sie auch das ihrem Vater gestohlene Geld entdecken und ihm wieder verschaffen können und habe sich dafür verschiedene Kleidungsstücke gekauft. Weiter angestellte Ermittlungen ergaben nun, daß an der Z. nie Zeichen von geistiger Gestörtheit oder epileptische Symptome bemerkt wurden. Lehrer und Pastor erklärten die Z. als ein schüchternes, bescheidenes, dabei aber sehr beschränktes Mädchen, welches schlecht lernte. Ein besonderer Hang zum Lügen trat in der Schule nicht hervor. Es wurde aber bekannt, daß die Z. seit ihrem zwölften Jahre ihren Vater und auch fremde Personen bestohlen hatte. (Geldbeträge bis zu 10 M.) Für das gestohlene Geld kaufte sie Naschereien, allerlei Kleidungsstücke und machte kleine Landpartien in die Umgegend, wozu sie sich Freundinnen einlud und dieselben freibietet. In den Geschäften gab sie gelegentlich ihrer Einkäufe falsche Personalien an, sie sei ein Stubenmädchen bei Herrn von Randow usw.

Bei ihrer weiteren Vernehmung erklärte die Z., unmittelbar vor Ausbruch des Feuers habe sie sich die Karten gelegt. Auf einer aus dem Spiele gezogenen Karte habe in deutschen Buchstaben gestanden: „Es kann am heutigen Tage noch Feuer ausbrechen.“ Sie brachte dann von neuem das Märchen von der Dame, die ihr das Kartenlegen beigebracht habe, vor. Sie kam dann der Aufforderung, sich die Karten zu legen, nach und erging sich in mystischen Weissagungen, wie: „Wir sind noch sehr unglücklich, wir liegen auch noch in Asche, uns trachtet einer nach dem Leben usw.“

Dem Richter sagte sie nach einem Blick in die Karten: „Sie wollen mir das nicht glauben, was ich sage“, während sie dem Gendarm aus den Karten offenbarte, „er sei viel verklagt“. Trotz ihres Ableugnens der Brandstiftung wurde die Z. in Untersuchungshaft genommen. In einer dort stattgehabten Vernehmung erklärte die Z., sie könne gar nicht Karten legen; die Dame, der sie im Felde begegnet sei, habe ihr nur den genannten Brand vorher weissagt. Auf Vorhalt kommt sie zu ihrer alten Behauptung zurück, den Brand aus den Karten ersehen zu haben. Aufgefordert, aus einem ihr vorgelegten Kartenspiele den Aufenthalt ihres Vaters zu erforschen, verkündet sie aus den Karten dessen Anwesenheit in der Heimat bei der Arbeit. Als man dann zu ihrer Überraschung ihren Vater, der gerade zum Besuch kam, eintreten ließ, meinte sie rasch gefaßt, die Dame habe ihr gesagt, es träfe nicht alles ein, was die Karten sagten. Im Gefängnis wurden, abgesehen von einer leichten Reizbarkeit an der Z. keine weiteren auffälligen Erscheinungen bemerkt. Fünf Monate nach der Tat, kurz bevor sie 16 Jahre alt wurde, kam die Z. in die hiesige Anstalt zur Beobachtung. — Hier zeigte sich die Z. geordnet, ruhig und fleißig, war aber bis zu ihrem Scheiden aus der Anstalt den Ärzten gegenüber von großer Zurückhaltung. So wie die Sprache auf ihre Straftat kam, schwieg sie völlig und es gelang in den sechs Wochen ihres hiesigen Aufenthalts nicht, sie zur Aussprache über ihre angebliche Fertigkeit im Kartenlegen, sowie über ihre abenteuerliche Begegnung mit der feinen Dame zu veranlassen.

Symptome einer ausgesprochenen Geisteskrankheit wurden hier nicht gefunden. Dagegen fiel die Reizbarkeit und die sehr labile Stimmung auf. Ein geringer Tadel von einer Pflegerin in mehr gutmütig, scherzender Weise erteilt, erzeugte bei ihr sofort eine tiefe Verstimmung; sie verließ sofort, ohne ein Wort zu sprechen, ihre Arbeit und legte sich ins Bett. Aber auch ohne äußeren Anlaß traten bei der Z. hier in ganz auffallend akuter Weise wiederholt tiefe Verstimmungen, die eine Dauer von einer Stunde bis einen Tag hatten, auf, in der Weise, daß die bis dahin noch ruhig arbeitende, an der Unterhaltung der Umgebung sich beteiligende Z. plötzlich fortlief und sich in ihr Bett legte. Dabei stellte sich zugleich mit der Verstimmung eine Unregelmäßigkeit des Pulses ein mit einer Beschleunigung bis zu 126 Schlägen in der Minute. Gleichzeitig mit dieser Pulsbeschleunigung trat eine auch in der ruhigen Zeit nicht zu übersehende Pupillendifferenz deutlich hervor.

Die Schulkenntnisse der Z. waren ihrem Alter entsprechend. Das Gedächtnis zeigte keine Herabsetzung. Als Zeichen eines

mäßigen Grades von Schwachsinn mußte ihre hier stets zutage getretene große Gleichgültigkeit für ihr eigenes weiteres Schicksal aufgefaßt werden.

Die Z. erwies sich hier in einem ihrem Alter völlig entsprechend vorgeschrittenen, körperlichen Entwicklung. Sie war bisher noch nicht menstruiert. Sie war kräftig gebaut und zeigte außer der oben erwähnten Pupillendifferenz noch eine deutlich schwächere Innervation der linken Gesichtshälfte.

Die Z. wurde von hier aus als „nicht geisteskrank“ aber als „vermindert zurechnungsfähig“ begutachtet. Sie mußte wegen Mangel an Beweisen freigesprochen werden. Leider war es mir bisher nicht möglich, trotz schriftlicher Anfragen, etwas über die weitere intellektuelle und namentlich sittliche Entwicklung der nun seit fünf Jahren entlassenen Z. zu erfahren. Bei der absoluten Schweigsamkeit, welche die Z. hier in der Anstalt beobachtete, sowie auf ihre Straftat die Rede kam, war es nicht möglich, die Lügenhaftigkeit der Z. näher zu untersuchen; so muß z. B. unentschieden gelassen werden, wie weit die Z. selber an ihre vorgebrachten Unwahrheiten glaubte. Nichtsdestoweniger erscheinen mir das Mißverhältnis zwischen dem Reichtum der Phantasie (vgl. die Erzählung von der Begegnung mit der feinen Dame) und der sonst mäßigen intellektuellen Befähigung, der Mangel an Berechnung, der sich in all den Schwindeleien kundgibt, die Unvorsichtigkeit in ihren Erzählungen, mit denen die Z. sich ohne jeden Grund selbst verdächtig und ferner die hier festgestellten krankhaften Symptome (die Reizbarkeit, der jähe Stimmungswechsel mit Pulsbeschleunigung, die Differenz der Pupillen und der Gesichtshälften) hinreichende Stützen für die Annahme zu sein, daß die Lügenhaftigkeit der Z. eine bei einem von Hause aus psychopathisch veranlagten Individuum krankhaft bedingte ist. Auch das sonstige Gebahren der Z., das Auftreten unter falschem Namen, die vielen Einkäufe, die Großspürigkeit, sich zu Vergnügungsreisen noch Gäste einzuladen, das geheimnisvolle Wichtigtuen bei dem angeblichen Auslegen der Karten, die Promptheit, mit der sie eine Überführung durch neue Lügen zu parieren weiß (vgl. oben: Bei dem unerwarteten Vorführen ihres Vaters im Gefängnis meint sie harmlos, nach Aussage der Dame träfen nicht alle Verkündigungen der Karten ein), das sind alles Züge, wie sie bei pathologischen Schwindlern häufig gefunden werden. Ich stehe nicht an, diesen Fall zur Pseudologia phantastica Delbrücks zu rechnen.

Viele Ähnlichkeit bietet der zweite Fall:

Die bisher unbestrafte Marie Z. stammt von liederlichen Eltern, die sie beide im ersten Lebensjahr verlor. Sie wurde dann in Pflege gegeben, wechselte dabei oft den Ort. Zeichen von Geistesstörung oder Epilepsie wurden an ihr früher nie beobachtet. In der Schule machte sie schlechte Fortschritte, sie lernte schwer und war faul. Auf der andern Seite galt sie aber als verschlagen und namentlich als sehr verlogen. Kein Mensch glaubte, was sie sagte. Die Verlogenheit hatte sogar bei ihrem Pflegevater den Verdacht erweckt, als sei die Z. nicht ganz normal. Sie log nämlich nach Angaben des Pflegevaters nicht nur, wenn es ihr Vorteil brachte, sondern auch bei Erzählungen der gleichgültigsten Dinge und wußte zuletzt selbst nicht mehr, was sie erzählt hatte. Nach der Einsegnung wurde die Z. mit 14 $\frac{1}{2}$ Jahren Magd bei einem Pastor auf dem Lande. Sie faßte eine tiefe Neigung zum 19jährigen Sohne des Pastors, die in Haß umschlug, als dieser ihre Liebeswerbungen zurückwies. Aus Rache dafür zündete die Z. am 27. September 1904 den Boden des Pastorhauses an und zwar zu einer Zeit, als dort kurz vorher der Pastorsohn mit einem Bienenrucherapparat in der Nähe des dort aufgestapelten trockenen Holzes sich zu schaffen gemacht hatte, so daß der Verdacht einer fahrlässigen Brandstiftung sich auf diesen lenken konnte. Die Tat wurde aber von der Umgebung sofort der Z. allein zugetraut, sie wurde schon am Tage nach dem Brande vernommen und verwickelte sich dabei in Widersprüche. Eine Woche später nochmals vom Gendarm vernommen, räumte sie die Tat unumwunden ein unter Darlegung aller Einzelheiten der wohl überlegten Brandstiftung. Aber vierzehn Tage

später bestrittet sie vor dem Amtsrichter alle Schuld. Ihr angebliches Geständnis habe sie dem Gendarm gegenüber nur gemacht, auf dessen Versicherung, daß sie durch ein Eingeständnis sofort frei käme und straffrei bliebe. Eine Woche darauf bekennt sie sich wieder zur Tat und meint, sie habe mit der Brandstiftung dem Pastorssohn nur einen Schreck einjagen wollen und bleibt bei diesem Eingeständnis auch auf einem acht Tage später abgehaltenen Lokaltermin. Aber auch bei diesen Eingeständnissen sucht sie sich noch ins beste Licht zu setzen, natürlich mit allerlei unwahren Angaben. Wenige Tage vor der Hauptverhandlung hatte sie im Untersuchungsgefängnis noch zweimal bei Vernehmungen die Brandstiftung ohne alle Einschränkung eingeräumt, um so unerwarteter kam ihre Ableugnung der Tat in der Hauptverhandlung selbst. Sie kam dann zur Begutachtung in unsere Anstalt. Während der Beobachtungszeit wurde sie gerade fünfzehn Jahre. Auf Fragen bezüglich ihrer Straftat gab sie hier zuerst wiederholt an, das Geständnis sei von ihr nur durch Einschüchterung erzwungen worden, räumt dann aber auf gütiges Zureden die Tat völlig ein, erzählt alle Einzelheiten und Überlegungen vor und während der Brandstiftung, und ist sichtlich zerknirscht über ihren Fehltritt. Sie sagt von sich selber, daß sie verlogen sei, wisse gar nicht, woher sie das habe usw.

Als sie später auf das herannahende Ende ihrer Beobachtungszeit aufmerksam gemacht wird, nimmt sie auch hier wieder ihr Eingeständnis zurück, das sei ihr nur durch Beeinflussungen abgezwungen worden; aber schon am gleichen Tage legt sie das Geständnis von neuem ab. Wenige Tage später wurde sie entlassen. An der Z. wurden keine Zeichen einer ausgesprochenen Geisteskrankheit oder Epilepsie entdeckt. Gedächtnis und Urteilskraft waren recht gut. Wie treffend sie ihre Lage beurteilte, ging hervor aus ihrer hier gemachten Äußerung, sie werde ja im Fall einer Verurteilung in ihrem jugendlichen Alter doch wohl nicht ins Gefängnis, sondern in eine Besserungsanstalt geschickt werden. Die Z. war hier immer äußerlich vollkommen geordnet. Nicht zu verkennen war aber bei ihr ein leicht manischer Zug und eine wohl damit zusammenhängende gesteigerte Erotik. Die Z. war hier stets folgsam und recht bescheiden. Es fehlte aber andererseits die natürliche Schüchternheit, wie man sie bei einem Mädchen ihres Alters nach plötzlicher Versetzung in eine so durchaus neue Umgebung erwarten mußte. „Sie tut so gar nicht fremd“, meinten Pflegerinnen und Kranke ihrer Abteilung. Sie lachte die Ärzte stets sehr zutraulich und ungeniert an, rief ihnen einen Gruß nach usw.

In der Abteilung renommierte sie gern mit ihrem angeblichen Liebesverhältnis zu dem Pastorssohn, sie studierte im Daheim eifrig die Heiratsannoncen. Auch durch Äußerungen wie: „Wer geliebt werden will, muß sich putzen“ und die an eine Pflegerin gerichtete Frage, ob sie das Lied kenne: „Es schlief ein Graf bei seiner Magd“ verriet sich eine gewisse sexuelle Erregung.

Abgesehen von einigen Entartungszeichen bot die körperliche Untersuchung keine Abweichungen. Die Z. ist ein gesundes, kräftiges Mädchen und macht bereits einen vollständig jungfräulichen Eindruck. Sie hat gut entwickelte Brüste, die für den weiblichen Habitus kennzeichnenden Körperrundungen sind bereits ausgesprochen, der Mons. veneris ist reichlich mit Schamhaaren bedeckt, die Stimme hat bereits das etwas schärfere kindliche Timbre verloren. Dabei ist aber die Z. bisher nicht menstruiert.

Das Gutachten lautete: „Nicht geisteskrank, aber geistig minderwertig. Die im § 56 des Str. G. B. erforderliche Einsicht ist vorhanden.“ Die Z. wurde zu einem Jahr Gefängnis verurteilt. Die Lügenhaftigkeit der Marie Z. kann auch als eine krankhafte aufgefaßt werden. So läßt sich am besten diese ständige Wiederholung des Eingeständnisses der Tat mit der jeweils gleich darauf folgenden Zurücknahme dieser Geständnisse erklären. Auch die Äußerung des Pflegevaters (die Z. lügt auch, wenn sie keinen Vorteil davon hat, sie weiß nachher selber nicht mehr, was an ihren Erzählungen Wahres ist) läßt in der Lügenhaftigkeit der Z. eine pathologische Grundlage vermuten.

Als Pseudologia „phantastica“ wird man aber doch nicht so ganz ohne weiteres die Neigung zum Lügen bei der Marie Z. bezeichnen. Dafür sind die Lügen derselben zu wohlüberlegt

und zu deutlich als Schutzlügen eines für ihr Alter recht geweckten Mädchens gekennzeichnet. Auch fehlt ihren Lügen der Reichtum einer blühenden Phantasie, den wir im vorigen Falle kennen lernten und der bei der eigentlichen Pseudologia phantastica sonstiger Beobachtungen doch nie fehlt. Die Frage, ob hier ein reiner Fall von pathologischer Lüge vorliegt, wird mit Sicherheit nicht zu entscheiden sein. Der Annahme, daß hier eine Übergangsform von der Lüge des Normalen zur krankhaften Lüge vorliegt, wird man ihre Berechtigung nicht absprechen können. Von Bedeutung scheint mir der hier festgestellte leicht manische Zug zu sein, der besonders in einer gesteigerten sexuellen Erregung sich äußerte.

Vergessen wir nicht, daß die Z. in jenem kritischen Alter kurz vor Eintritt der Menses steht. Ich bin geneigt, in dieser leicht manischen, sexuell gefärbten Erregung den Ausdruck einer präpubischen Labilität zu erblicken, die in diesem Falle vermutlich auch in gewisser Beziehung zur Lügenhaftigkeit der Z. steht, wohl in der Weise, daß die Labilität diese schon bestehende Lügenhaftigkeit in dieser Zeit erheblich steigerte; wie auch bei der Z. alle andern längst bestehenden sittlichen Mängel in dieser Zeit stärker hervorgetreten sein mögen. Denn obgleich die Marie Z. wohl immer ein verdorbenes Kind war, so wird sie doch erst in diesem Alter kriminell.

Hier sei nebenbei bemerkt: Der Ausdruck „präpubisch“ mag der einfachen Verständigung halber zur Bezeichnung der Zeit kurz vor Eintritt der ersten Menstruation, wie er in der Literatur geführt wird, beibehalten werden. Streng genommen halte ich ihn nicht für zutreffend. Denn das Auftreten der ersten Menstruation kennzeichnet meines Erachtens nicht den Beginn der Geschlechtsreife beim Weibe. Wir verstehen unter Pubertät die Epoche der körperlichen und psychischen Ausreifung, in welcher entsprechend den wichtigen somatischen Umgestaltungen (allgemeine Größenzunahme des Körpers, im besonderen des Schädels und des Gehirns, Zunahme der Muskelkraft, Steigerung der nutritiven und formativen Reize, Stimmwechsel, Verengung der Blutgefäße, Stoffwechseländerungen usw.) sich jenes schwankende, durch Überschwänglichkeit der Gefühle, Unternehmungslust, Selbstüberschätzung, mangelnde Einsicht gekennzeichnete psychische Verhalten geltend macht. Wille beklagt mit Recht, wie wenig scharf diese Epoche, die Pubertätszeit, nach unten und oben von einigen Autoren abgegrenzt wird. Jedenfalls ist der Zeitraum ein größerer, als häufig angenommen wird. Es ist von eminent forensischer Bedeutung und anthropologisch begründet, die Grenze dieser Epoche nach oben zu erweitern in der Weise, daß entsprechend dem Abschluß der Entwicklung des Gehirns und dem damit Schritt haltenden Ausbau des Charakters sowie der höheren intellektuellen Eigenschaften, der Beginn des dritten Dezenniums als Ende der Pubertätszeit anerkannt wird. Vom rein klinischen Standpunkt aus darf man aber auch andererseits beim Weibe den Beginn der Pubertät schon einige Jahre vor Eintritt der Menstruation annehmen. Axel Key verlegt auf Grund von Untersuchungen der Körperzunahme den Beginn der Pubertät auf das zwölfte Jahr. Wir können aber auch erhebliche psychische Schwankungen schon vor Eintritt der Menses als organisch bedingt begreifen, wenn wir uns vergegenwärtigen, daß der Uterus eines zwölfjährigen Mädchens sich noch kaum von dem eines neugeborenen unterscheidet, um dann in kurzer Zeit bis zum Eintritt der ersten Menstruation zu dem Grade der Entwicklung zu kommen, auf dem er dann (natürlich in nicht gravidem Zustande) für das weitere Leben stehen bleibt. Eine physiologisch weit wichtigere Erscheinung als die erste Menstruation ist die sich äußerlich nicht manifestierende erste Ovulation. Allerdings ist eine Menstruation ohne reife funktionierende Ovarien unmöglich; aber wohl kommt es umgekehrt zu Ovulationen ohne

Menstruationen (Beweis: es finden ausnahmsweise Konzeptionen statt, ohne daß sich nach einem Wochenbett bei nicht Stillenden die Menses wieder gezeigt haben, auch nach jahrelang bestehender Menopause ist Gravidität erfolgt, und namentlich konzipieren doch auch Frauen, die nie menstruiert waren). Wir wissen auf Grund zahlreicher Erfahrungen, daß beim Weibe in den sogenannten kritischen Epochen des Geschlechtslebens (Pubertät, Gravidität, Laktation, Klimakterium) das psychische Gleichgewicht leicht gestört wird und daß auf der Höhe des Geschlechtslebens die Stimmungslage des Weibes zur Menstruation in bestimmter Wechselbeziehung steht. Im Gegensatz zu den Anschauungen früherer Dezennien erblicken wir jetzt aber in der Menstruation nur die äußere Manifestierung eines allgemeinen biologischen Vorganges, einer Wellenbewegung, die sich nach Goodmann fast durch das ganze Leben des Weibes zieht und der adäquate physiologische Schwankungen in der gemüthlichen Stimmung entsprechen. Goodmann zeigte auch, daß der Höhepunkt dieser Wellenbewegung und der damit gesteigerten Gemütsregbarkeit nicht intramenstrual zu suchen ist, sondern daß die Kurve ihre Höhe zwei bis fünf Tage jeweils vor Eintritt der Menstruation erreicht. Die Menstruation hat dann nach v. Krafft-Ebing die Wirkung einer Säuberung des Organismus von toxischen Schädlichkeiten und einer Regulierung der Stimmung.

Die Annahme liegt nahe, daß diese Ansammlung toxischer Schädlichkeiten — die vermutlich den Effekt auf die Stimmung des Weibes bei jeder Menstruation bedingt — sich noch wirksamer vor und während der ersten menstrualen Blutung des Weibes zeigen wird. Dann könnten wir uns vorstellen, daß der Organismus in der Zeit vom wirklichen Beginn der Pubertät (also durchschnittlich etwa vom zwölften Jahre) bis zur Auslösung durch die erste Menstruation (13—15 Jahre) sich gewissermaßen im Zustande einer hohen Spannung befindet, die auf psychischem Gebiet durch eine Gleichgewichtsstörung, eine präpubische Labilität, auch beim normalen Weibe zum Ausdruck kommt. Diese präpubische Labilität — auch die eben erwähnten, beiden begutachteten Mädchen stehen unter ihrem Einfluß (beide Mädchen sind körperlich voll entwickelt, dabei aber noch nicht menstruiert) — wird sich nun der nervösen Veranlagung des Individuums entsprechend in niederem oder höherem Grade offenbaren müssen. Diese Annahme scheint einige Stützen zu finden, z. B. in der diesem Alter entsprechenden hohen Kriminalität, namentlich sind die noch halbkindlichen, unmittelbar vor der Regelung der menstrualen Vorgänge stehenden Mädchen dem Strafrichter eine bekannte Erscheinung. Viele ausgesprochene Psychosen (ein Teil der primordial menstruellen Psychosen, die vor Eintritt der ersten Menstruation in drei bis vier-wöchentlichen Intervallen auftreten und augenscheinlich an die Wiederkehr der Ovulation gebunden sind), kommen mit der ersten Menstruation zur Genesung. Warum sollten sich da nicht in diesem Alter auch leichtere psychische und namentlich ethische Abweichungen finden? Eine Illustration für die psychische Labilität dieses Alters bietet auch die vorliegende Kurve Mercklins (Demonstration). Mercklin berichtete 1897 in der hiesigen Versammlung in einem bis jetzt noch nicht veröffentlichten Vortrag über 48 Fälle von Zwangsvorstellungen im Kindesalter. Sie sehen, wie auch bei dieser leichteren Form von psychischer Erkrankung die Kurve des Ausbruchs der Krankheit den Höhepunkt im 12. und 13. Jahre erreicht (also in der präpubischen Zeit), um nach dem 15. Lebensjahre zu sinken. Zur Zeichnung dieser Kurve sind allerdings Fälle von Knaben und Mädchen gemischt worden. Ich glaube, daß dadurch die Kurve nicht an Wert verliert. Denn auch beim Knaben zeigt sich in diesen Jahren eine gewisse Labilität (die Flegeljahre der normalen Knaben, die ins Perverse schweifende Phantasie der psychopathischen Knaben).

Offenbaren sich nun in dieser Zeit psychische und namentlich ethische Abweichungen in allen Abstufungen, so kann uns das Auftreten eines gesteigerten Hanges zur Lüge nicht auffallen. Im ersten Fall bei der Martha Z. scheint diese Labilität in der präpubischen Zeit eine Rolle zu spielen. Seit ihrem zwölften Jahre begeht sie Diebstähle, später Brandstiftung und legt zugleich diesen großen und dabei wohl als pathologisch charakterisierten Hang zum Lügen an den Tag, während sie bis dahin in der Schule nach ihrer sittlichen Veranlagung nicht auffällig war.

Im zweiten Fall, bei der Marie Z., tritt die präpubische Phase durch eine gesteigerte sexuelle Erregbarkeit zutage. Hier handelt es sich aber wohl mehr um ein von jeher lügendes Mädchen, hier ist die Neigung zur Lügenhaftigkeit durch die kritische Epoche vor Eintritt der ersten Menstruation nicht hervorgerufen, sondern wohl nur gesteigert. Die Lügenhaftigkeit dieser beiden Mädchen erscheint auch nach anderer Richtung instruktiv. Wir wissen, daß die ethischen Vorstellungen beim Menschen erst nach Abschluß der Geschlechtsreife stabil und bestimmend werden. In specie ist die Wahrhaftigkeit nicht etwa eine ererbte Funktion, die wir mitbekommen, sondern ein Produkt der Kultur und der Erziehung. Die Naturvölker haben einen großen Hang zur Unwahrheit, dessen sie sich nicht bewußt werden. Interessant ist in dieser Hinsicht eine Bemerkung Karl Ernst von Baers. Er schreibt in seiner Selbstbiographie: „Die oft gehörte Behauptung, daß die Wilden lügen, scheint mir nicht richtig, sondern nach meiner Erfahrung wissen sie Wahrheit und Dichtung gar nicht zu unterscheiden. Die Neger, die aus dem Innern Afrikas kamen, machten über das Land Aussagen, die für lügend befunden wurden. Aber die Befragten hatten oft gar keinen Grund zur Lüge. Indessen braucht man einen rohen Menschen nur eifrig zu befragen, ob er ein Schneegebirge, das man ihm recht anschaulich macht, gesehen habe, so weiß er bald nicht, ob er diese Vorstellungen schon früher gehabt oder jetzt erst bekommen habe.“ Diese aus dem Leben genommenen Erfahrungen Baers sind doch eine Bekräftigung für die Annahme einer rudimentären Anlage zum Fabulieren auch beim normalen Kulturmenschen. Bedenken wir, daß das Vorwiegen der Phantasie über die Kritik eine unbestreitbare Eigentümlichkeit der Jugend und der Frauen ist, so wird uns ein Hang zur Lügenhaftigkeit bei den halbkindlichen Mädchen, die in der bewegten präpubischen Zeit stehen, nicht überraschen.

Tatsächlich kommt dieser Hang zum Lügen bei präpubischen Mädchen — namentlich bei erblicher Belastung, vielleicht noch nicht einmal höheren Grades — wohl nicht selten vor. Er weist alle Grade von der normalen Lebhaftigkeit der Phantasie bis in das deutlich pathologische Gebiet auf. So sind die Schwärmereien und romantischen Überschwänglichkeiten mancher noch sehr jugendlicher (meist wohl im geringen Grade psychopathischer) Backfische, vielleicht als Übergangsformen vom Normalen ins Pathologische aufzufassen.

Meine Herren! Ob die Lügenhaftigkeit der beiden soeben betrachteten Mädchen eine dauernde persönliche Eigentümlichkeit derselben bleiben wird, kann hier nicht entschieden werden. Sicher aber ist eine Abnahme dieses Hanges zum Lügen nach vollendeter Geschlechtsreife, — natürlich Versetzung in eine passende Umgebung und gute, erzieherische Einflüsse vorausgesetzt — bis zu einem gewissen Grade möglich. Und sicher tritt der Hang zum Lügen bei Mädchen im präpubischen Alter auch vorübergehend auf. Ich denke an jene Fälle, die wohl auch vielen unter Ihnen aus Ihrem Bekanntenkreise bekannt sein werden, wo etwa 12 bis 13 jährige Mädchen aus guten Familien (vielleicht mit einer geringen, meist nicht offenkundigen psychopathischen Veranlagung), die bis dahin keine sittlichen oder intellektuellen Defekte gezeigt haben, plötzlich durch maßlose Verlogenheit, romantische Entweichungsversuche, Diebstähle u. a.

auffällig werden. Die ebenso unglücklichen, wie überraschten Eltern stehen vor einem unfaßbaren Rätsel. Zu ihrer Freude verschwindet aber nach vollendeter Geschlechtsreife — ja, oft schon nach Eintritt und Regelung der Menstruation — dieser sittliche Defekt und zwar dauernd. Mir schweben derartige Mädchen vor, von denen ich später erfuhr, daß sie geachtete, verheiratete Damen, gute Mütter und Hausfrauen wurden, ohne größere psychopathische Erscheinungen zu bieten. Gewiß sind diese Fälle viel häufiger als wir glauben. Es liegt nur in der Natur der Sache, daß sie mehr zur Kenntnis der Schulvorsteher und Seelsorger, als zu der des Arztes kommen.

Meine Herren! Halten wir uns die Erkenntnis vor Augen, daß die Lust zum Fabulieren ein Ausfluß einer lebhaften, namentlich einer jugendlichen Phantasie sein kann und ohne weiteres noch keine krankhafte Erscheinung darzustellen braucht und vergessen wir nicht den Faktor einer durch die bevorstehende Geschlechtsreife bedingten vorübergehenden psychischen Labilität mit in Rechnung zu ziehen, so wird die Lügenhaftigkeit von Mädchen im präpubischen Stadium — soweit sie noch in normaler oder doch wenigstens annähernd normaler Breite liegt — unserm psychologischen — und falls sie einen pathologischen Grad erreicht haben sollte — unserm klinischen Verständnis näher gebracht werden.

Literaturnachweis:

- Nachrichten über Karl Ernst von Baer. Braunschweig: Friedrich Vieweg & Sohn.
 Emminghaus: Psych. Störungen des Kindesalters. — Tübingen 1887.
 Kleudgen: Über Moral Insanity. — Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin, Bd. 51.
 Ufer: Geistesstörungen in der Schule. — Wiesbaden 1891.
 Delbrück: Die pathologische Lüge. — Stuttgart 1891.
 Pelman: Besprechung von Delbrücks pathologischer Lüge. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 48.
 Möli: Lüge und Geistesstörung. — Ebenda.
 Schäfer: Lüge und Geistesstörung. — Berlin, G. Reimer, 1893. (Zweiter Bericht der Privatirrenanstalt Schweizerhof.)
 Fr. Scholz: Charakterfehler des Kindes — Leipzig 1895.
 W. Wille: Psychosen des Pubertätsalters. — Leipzig und Wien 1898.
 Ranniger: Über krankhafte Lüge. — Psych. Wochenschrift, 1. Jahrg.
 Aug. Cramer: Entwicklungsjahre und Gesetzgebung. — Göttingen 1902.
 v. Krafft-Ebing: Psychosis menstrualis. — Stuttgart 1902.
 Trüper: Abnorme Erscheinungen im kindlichen Seelenleben. — Altenburg 1902.
 Mönkemöller: Geistesstörung und Verbrechen im Kindesalter. — Berlin 1903.
 Aschaffenburg: Das Verbrechen und seine Bekämpfung. — Heidelberg 1903.
 E. Meyer und Raëcke: Zur Lehre vom Korsakowschen Symptomenkomplex. — Archiv für Psychiatrie, Bd. 37.
 Ziehen: Geisteskrankheiten des Kindesalters. — Berlin 1904.
 Raëcke: Zur Frage der Behandlung jugendlicher Verbrecher. — Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform, 1. Jahrgang.
 Wollenberg: Die forensisch-psychiatrische Bedeutung des Menstruationsvorganges. — Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform, 2. Jahrgang.
 Wulffen: Zur Kriminalpsychologie des Kindes. — Ebenda.
 Weygandt: Leicht abnorme Kinder. — Halle 1905.
 Pick: Zur Psychologie der Konfabulation. — Neurolog. Zentralblatt, 24. Jahrgang.
 Puppe: Strafrechtliche Behandlung der Jugendlichen (auf dem XXVII. Deutschen Juristentag erstattetes Referat).
 Ferner: Ploß: Das Weib; Ratzel: Völkerkunde und die gebräuchlichen Lehrbücher der Geburtshilfe und Gynäkologie (Schröder, Fritsch, Zweifel, Bumm, Runge).

Referate.

Allgemeines.

Beiträge zur Zahnfrage in der Armee.

Von Stabsarzt Dr. von Schnizer.

(Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. 1905. Heft 7)

Bei der Musterung in einem westpreußischen Ersatzbezirk prüfte Verfasser den Zustand der Zähne von 2153 Vorgesetzten. Es wiesen auf an kariösen Zähnen:

a) keine	936=43 0/0; davon tauglich 172=47 0/0
b) 1—3	781=36 „ „ „ 129=35 „
c) 4—6	284=13 „ „ „ 44=12 „
d) 7 und mehr	150=6 „ „ „ 19=5 „

Dem Berufe nach gehörten unter a von den Fischern 64 0/0; von den Landleuten 44; den Schneidern 43. Merkwürdigerweise waren auch 45 0/0 der Müller, Bäcker und Konditoren in dieser Gruppe; doch ist deren absolute Zahl — 20 — zu gering, um das Verhältnis als Norm anzusehen. Unter d waren 20 0/0 der Kaufleute; 25 0/0 der Bäcker etc; 13 0/0 der Zimmerleute und Tischler. Die vorwiegende Fleischnahrung scheint konservierend zu wirken. Das bestätigten außer den Fischern auch die 7 Fleischer, welche sämtlich unter a und b fielen. — Von 354 Tauglichen hatten die Landleute 84 0/0 in Gruppe a und b. Man darf indes nicht außer Betracht lassen, daß der untersuchte Ersatz, rund 60 0/0 Landleute, dabei keine großstädtische Bevölkerung in sich begreift, so viel ich ersehen konnte. Außerdem hat schon Witzel darauf aufmerksam gemacht, daß Westpreußen zu den bestbezahnten Provinzen gehört.

Sehr ist dem Verfasser darin beizustimmen, wenn er hervorhebt, daß der Zahnfrage hinsichtlich der Tauglichkeit seit einigen Jahren von gewissen zahnärztlichen Fachzeitschriften eine viel zu große Bedeutung beigelegt wird. Die Beschaffenheit der Füße ist im allgemeinen erheblich wichtiger, wie die der Zähne. Die Untersuchung hat dem Verfasser gezeigt, daß sich unter den Leuten mit schlechten Zähnen eine auffallend große Zahl sehr kräftiger, gut genährter befand. Andererseits ist nicht zu verkennen, daß die seit ca. 5 Jahren eingeführte erhöhte Zahnpflege in der Armee einen Rückgang der Zahnkrankheiten von 10,8 in 1897 auf 8,3 0/0 in 1902 zur Folge gehabt hat.

Künstliche Gebisse trugen von den 2153 Gemusterten 7; darunter 4 Landleute. Bei allen hatte, wie gewöhnlich, die Berührung des Gebisses mit gesunden Zähnen diese der Karies überliefert. Der Zustand der Zähne war bei Leuten, denen Zähne fehlten, die nicht ersetzt waren, durchgehends besser als bei den Gebißträgern, wobei auch die größere Reinlichkeit des Mundes bei ersteren mitspricht. (Diese Erfahrung kann ich bestätigen. Sie hat mit dazu beigetragen, mich in meiner dienstlichen Tätigkeit sehr unzugänglich gegen die Anträge auf Gebisse zu machen. Ref.)

Eine zweite Untersuchungsreihe des Verfassers umfaßte 455 Mann, die den Lazarettzugang in Danzig seit Ende 1904 bilden. Er fand unter den Zugängen an Augen- und Ohrenkrankheiten 91 0/0, an innern 77 0/0, an äußeren 56 und an Haut- und Geschlechtsleiden 53 0/0 mit schadhafte Zähnen. Bemerkenswert ist, daß unter den Mandelentzündungen 88 0/0, den akuten Gelenkrheumatismen 82 0/0, den akuten Bronchitiden 73 0/0, den krupösen Pneumonien 55 0/0 kariöse Zähne aufwiesen. Hieraus sind Schlüsse auf eine der Eingangspforten der Krankheitserreger zu ziehen. Verfasser erwähnt schließlich der Untersuchungsergebnisse Runges und Sickingers über den degenerativen Einfluß des Alkoholismus auf Zahnkaries bei den Nachkommen, ohne eigenes Material dazu beizubringen.

Die interessante Arbeit Verfassers verdient Fortsetzung an dem umfangreicheren und mannfaltigeren Bestande größerer

Zivilkrankenhäuser. Daraus würden sich vielleicht gewisse ätiologische Gesetzmäßigkeiten und weiter prophylaktische Ergebnisse gewinnen lassen.

Ktg.

Der Neomalthusianismus. Die fakultative Sterilität in der ärztlichen Praxis.

Von Dr. Rohleder, Leipzig.

(Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene. 1905. Heft 1, S. 59.)

Unter Neomalthusianismus versteht man: Willkürliche Beschränkung der Kinderzahl oder fakultative Sterilität, d. h. das Bestreben, beim Geschlechtsverkehr Vorkehrungsmaßregeln zu treffen, welche eine Befruchtung verhindern ohne Störung des Ablaufs des normalen Coitus und ohne Störung der Gesundheit der ihn Ausübenden. Thomas, Robert Malthus (1756—1834) forderte nicht eine Einschränkung der Kinderzahl durch Vorbeugungsmittel, sondern die sogenannte „moral restraint“, d. h. sittliche Selbstbeherrschung bis zur Ehe, die möglichst spät geschlossen werden soll. Dieser Malthusianismus ist im Laufe der Zeit direkt ins Umgekehrte umgeschlagen. Der Neomalthusianismus fordert möglichst frühzeitig geschlossene Ehen und dann in der Ehe nicht sexuellen Verkehr ad libitum ohne Vorbeugung (wie Malthus wünscht), sondern empfängnisvorbeugenden Verkehr.

Aus sittlichen Gründen haben wir das Recht, unseren Patienten den Präventivverkehr zu empfehlen. Solche sittliche Gründe sind bedingt in der Erkrankung der Frau oder prophylaktisch im Interesse der Nachkommenschaft. Seitens der Frau sind Zustände, welche bei Schwangerschaft eventuell die größte Gefahr respektive den sicheren Tod derselben bedeuten können und zur fakultativen Sterilität verpflichten: 1. schwere Herzleiden, 2. schwere Lungenleiden, 3. schwere, konstitutionelle Erkrankungen, 4. hochgradige Beckenverengungen, 5. schwere Nierenleiden, 6. Geschlechtsleiden.

Seitens der Nachkommenschaft sind Zustände, welche durch Vererbungsgesetze, sei es vom Vater oder von der Mutter, zu neomalthusianistischen Prinzipien zwingen: 1. schwere Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Syphilis), 2. schwere Konstitutionskrankheiten (Diabetes, Hämophilie), 3. schwere Nerven- und Geistesstörungen, 4. einige chemische Vergiftungen (Alkoholismus, Morphinismus).

Die Mittel zur Erreichung der fakultativen Sterilität lassen sich einteilen in natürliche und künstliche. Die natürlichen Mittel sind meist recht unsicherer Art. Die sogenannte fakultative Sterilität ohne Verletzung der Sittengesetze besteht in Enthaltung vom Beischlaf für die dem Beginn der Menstruation folgenden 14 Tage und die der nächsten Menstruation vorhergehenden drei bis vier Tage ist ebenso unsicher wie das Stillen post partum. Ein in Europa unbekanntes, in Ostindien und auf den Sundainseln häufig geübtes Mittel ist die künstliche Hervorbringung von Lageveränderungen des Uterus.

Die künstlichen Mittel sind unzählbar; den meisten geht es wie den neueren Arzneimitteln, die nach kurzer Daseinsfrist wieder der wohlverdienten Vergessenheit anheimfallen. Sie sind entweder mechanisch oder chemisch wirkende Mittel. Die gebräuchlichsten und die besten sind die mechanisch wirkenden: das Condom und die Pessare. Von den Condoms sind die besten die Coecalcondoms (alias Fischblasen). Zu warnen ist vor den Eichelcondoms, weil sie unsicher sind, indem sie bei Retraktion des erschlafften Penis meist abgleiten. Bei der jetzigen vorzüglichen Qualität des Coecalcondoms besteht der alte Ricordsche Ausspruch, daß das Condom ein Panzer gegen das Vergnügen und ein Spinnweben gegen die Gefahr sei, nicht mehr zu recht. Die Pessare gewähren zwar keinen absoluten Schutz aber doch einen recht großen. Zu verwerfen sind die Intrauterin pessare, da sie keinen genügenden Schutz

gewähren und außerdem schwere Genitalstörungen hervorrufen können. Über die Sicherheitsschwämmchen, die man besser Unsicherheitsschwämmchen nennen sollte, kann man wohl hinweggehen.

Die chemischen Mittel sind alle bis auf eins unsicherer Natur. Dies eine ist die Strebelsche Urethrophortube (Vertrieb: Firma Steinmetz & Co., Köln a. Rh., Eifelstraße 33). Es dient zur Behandlung der Gonorrhoe, zur Prophylaxe derselben apud coitum und als neomalthusianistisches Mittel. Es besteht aus einer Zinntube mit besonderem Ansatz, den man in die Harnröhre einsenken kann und deren Inhalt man durch Pressen unter Herausziehen des Ansatzes der Harnröhre langsam einverleibt. Es enthält: Protargol 1,0, Glyzerin 50,0, Bol. alb. 25,0.

Das Mittel ist auch insofern eins der besten, weil keine Gefühlsstörung, wie bei den mechanischen Mitteln, verursacht wird, also der Coitus in normaler Weise verläuft.

Ausspülungen post coitum mittels antiseptischer Flüssigkeiten sind unzuverlässig.

Der Coitus interruptus gehört nicht zu den vom Arzt anzurathenden Mitteln, obwohl er leider sehr verbreitet ist. Die Gefahren und Schäden desselben sind so groß, daß der Arzt, wo er auf seine Anwendung in der Praxis stößt, die Pflicht hat, davon abzuraten.

J. Meyer, Lübeck.

Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten.

Von Dr. O. Grosse, München.

(Monatsschrift für Hautkrankheiten und sexuelle Hygiene 1905. Heft 6, pg. 250.)

Von einem Schutzmittel ist in erster Linie zu verlangen, daß es sicher gegen alle Geschlechtskrankheiten, sowohl gegen Gonorrhoe als gegen Syphilis und Ulcus molle schützt; dazu gehört auch, daß die anzuwendenden Substanzen, seien es Lösungen oder Mischungen unbegrenzt haltbar sind. Zweitens muß es unschädlich sein, d. h. es darf keinerlei Reizerscheinungen, Brennen oder dgl. hervorrufen. Drittens muß jede Verunreinigung des Mittels ausgeschlossen sein. Viertens muß das Mittel in praktischer und handlicher Form geboten werden und fünftens darf es nicht teuer sein. Gegen die Ansteckung mit Syphilis und Ulcus molle stellt die einfache Einfettung zur Zeit das einzige und auch ziemlich sichere Mittel dar. Selbstverständlich wird man ein Fett wählen, welches sich nicht zersetzen kann. Dem Fett Antiseptika, wie vielfach üblich zuzusetzen ist überflüssig, zumal die Antiseptika durch die Mischung mit Fett ihrer Wirksamkeit größtenteils verlustig gehen. Schwieriger liegt die Sache bei der Gonorrhoe. Aus dem oben angeführten Grunde sind alle Prophylaktika, die das wirksame Agens in Fett verteilt enthalten, wegen Mangels unbedingter Sicherheit auszuschließen, ebenso diejenigen, welche es in wäßriger Lösung enthalten, weil sie leicht verdunsten und im Momente des Gebrauches häufig bereits verdunstet sind und die aus Silbersalzen bestehenden, weil die Silbersalze sich ungemein leicht zersetzen. An Stelle der schwer haltbaren Silberverbindungen wählt man daher ein überhaupt unzersetztliches Mittel von hervorragend starker gonococcocider Kraft das Hydrargyrum oxycyanatum in Konzentration von 1:1000.

Nach diesen Gesichtspunkten hat Verfasser sein Schutzmittel konstruiert, welches unter dem Namen „Schütze Dich“ in der Adlerapotheke, München, Sendlingerstraße 13 hergestellt wird und 30 Pf. pro Stück kostet. Der Apparat besteht aus zwei Teilen, die in einem als Merkblatt gedruckten Papier zusammen verpackt sind, nämlich

1. einer zirka 3 cm langen, kaum bleistiftstarken Tube mit weißem Verschuß, die das antigonorrhöische Prophylaktikum Hydrargyrum oxycyanatum 1:1000 enthält.
2. einer etwa ebenso großen Tube mit rotem Verschuß und dem antiluetischen, ebenfalls unzersetztlichem Fettgemisch

Lanolin und Vaseline ohne einen, wie dargestellt irrationellen und überflüssigen antiseptischen Zusatz als Inhalt.

Die Gebrauchsanweisung ist höchst einfach: vor dem Koitus Einfetten der Glans, des Präputiums und des Penis mit dem Inhalt der roten Tube, nach dem Koitus Injektion aus der weißen Tube, die zirka eine Minute einwirken soll; mit dem Rest Bestreichen der Taschen am Frenulum. Schließlich Waschung.

J. Meyer, Lübeck.

Chirurgie.

Über die moderne Wundbehandlung.

Von Benno Müller in Hamburg.

(Med. Klinik 1905. No. 23, S. 571.)

Verf. gibt eine Anleitung zur antiseptischen Wundbehandlung, wie er sie kennen gelernt hat. Er empfiehlt Isoform besonders für septisch infizierte Wunden, weil es eine bedeutende Tiefenwirkung entfalten soll. Ferner tritt er warm für die Benutzung von Gummihandschuhen in der Landpraxis ein, da dem Landarzt oft die Möglichkeit fehlt, seine Hände so zu desinfizieren, wie es die Wundbehandlung erfordert.

Ktg.

Zur Pseudarthrosenbehandlung nach Bier

von Dr. Lauper, Spitalarzt.

(Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte 1905, Nr. 14, pg. 452.)

Prof. Bier hat im Beginn dieses Jahres den geistreichen Vorschlag gemacht, Pseudarthrosen oder alte Frakturen mit verspäteter oder mangelnder Callusbildung durch Blutinjektionen zu behandeln.

Die Erklärung für die überraschend guten Resultate, welche er in neun Fällen gehabt hat, sieht er darin, daß sich der Knochen durch künstliche Zufuhr von Nährstoffen, d. h. von Blut passiv ernähren lasse und daß der Bluterguß als entzündungserregender Reiz für die Callusbildung diene. In Fällen, in denen Frakturen trotz erheblichem Bluterguß nicht fest werden, nimmt Bier an, daß dem Blut der genügende Reiz zur Knochenneubildung fehle und rät deshalb, Blut anderer Menschen zwischen die Knochenfragmente zu spritzen. Verfasser berichtet über zwei Fälle, bei denen es zweifelsohne zu eingreifenden Operationen gekommen wäre, hätten die einfachen ungefährlichen Blutinjektionen, die nur versuchsweise ausgeführt wurden, nicht rasch zum Ziele geführt.

Der erste Fall betrifft eine 71jährige Frau mit Fraktur beider Unterschenkel durch direktes Trauma. Rechts komplizierte Fraktur heilt nach sechs Wochen im Gypsverband. Links einfache Fraktur ist nach vier Wochen noch nicht konsolidiert, Bluterguß minimal; zwei folgende Gypsverbände je à 4 Wochen, Massage und Reiben der Knochenenden haben das gleiche negative Resultat. Darauf Injektion von 35 ccm Blut, welches von einem anderen Patienten entnommen wurde, nach 7 Tagen zweite und nach weiteren 7 Tagen dritte Injektion, darauf Gypsverband und nach 16 Tagen völlig feste Konsolidation. Nur nach der ersten Injektion fand eine leichte Temperatursteigerung auf 38,1 statt. Nach fünf Wochen Bein vollständig fest und Umhergehen möglich.

Der zweite Fall betrifft einen 44jährigen Arbeiter mit Bruch des rechten Unterschenkels; mäßiger Bluterguß. Nach vierwöchentlichem Gypsverband keine Konsolidation, zwei weitere Gypsverbände à 5 resp. 3 Wochen sind ebenfalls ohne Erfolg. Die Fragmente bleiben immer beweglich. Darauf werden Blutinjektionen gemacht, ebenso wie in dem ersten Falle, nur daß das Blut hier von dem Patienten selbst genommen wird. Konsolidation im Gypsverband nach drei Injektionen.

Der Eingriff erscheint so klein und ungefährlich, daß er in jedem Fall von Pseudarthrose oder verspäteter resp. fehlender Callusbildung versucht werden sollte. Würde die Behandlung

gelegentlich einmal nicht zum Ziel führen, so hat man dadurch nichts geschadet und die Knochennaht könnte immer noch in Anwendung kommen.

J. Meyer, Lübeck.

Ein Fall von doppelseitiger traumatischer Hüftgelenkluxation, kompliziert mit anderen Verletzungen.

Von Dr. Paul Tschmarke in Magdeburg.

(Monatsschr. f. Unfallkunde 1905. Nr. 7. S. 197.)

Es handelte sich nach Überfahrensein durch eine Straßenbahn um folgende Verletzungen: Tiefe Weichteilwunde am linken Knie; Haut- und Weichteilwunde am rechten Hüftgelenk. Links Luxatio obturatoria, rechts iliaca; Oberarmbruch rechts; mehrere Rippenbrüche und Pneumothorax links. Starke Zyanose des Gesichts, die scharf am Halse abschnitt und auf eine Strangulation durch den Hemdkragen zu beziehen war. Blutaustritt in beiden Konjunktiven. Die Reposition gelang in tiefer Narkose. Heilung bei frühzeitigen vorsichtigen Bewegungen und Massage in wenig über vier Wochen. Der Fall ist der 34., der bekannt geworden ist. 26 sind von Niehaus in der Deutsch. Ztschr. f. Chir. 1888 Bd. 27 veröffentlicht worden; sieben hat Verfasser aus der sonstigen Literatur gesammelt, was für etwaigen literarischen Gebrauch angeführt sei. Die Ursache der doppelten Hüftluxation ist eine große stumpfe Gewalt, die den Rumpf nach vorne oder hinten drückt, während die Beine fixiert sind. Sie wirkte hier, als der Verletzte unter dem vorderen Trittbrett des Wagens zusammengeknüllt nach vorn gedrückt wurde. In der Behandlung ist zunächst Reposition in allgemeiner tiefer Narkose geboten. Schon nach einigen Tagen läßt Verfasser vorsichtig Bewegungen folgen und gleichzeitig die Massage einleiten. Natürlich können knöcherne Hindernisse, wie z. B. Bruch des Pfannenrandes, die unblutige Reposition vereiteln. Meistens wird durch Schwäche und schmerzhaft empfindungen die Erwerbsfähigkeit auf längere Zeit herabgesetzt sein. Hoffa wie Waibel (Leitfaden für Unfallgutachten) halten 25% in unkomplizierten Fällen für ausreichend.

Ktg.

Über die Größe der Unfallfolgen bei der blutigen und unblutigen Behandlung der einfachen (subkutanen) Querbrüche der Kniescheibe.

Von Prof. Thiem-Kottbus.

(Mon. f. Unf.-Heilk. 1905, Nr. 5.)

Thiem bespricht zuerst die Literatur und berichtet dann über die Ergebnisse, die er beim Studium der Unfallakten von 283 Fällen von Patellarfraktur gefunden hat. 223 Fälle waren unblutig, 60 Fälle mit offener Naht behandelt. Bei blutiger Behandlung ergaben sich 26%, bei unblutiger nur 9% völliger Heilung. Weiter hat Thiem dann berechnet, wieviel jeder Verletzte an Zeit und Geld gekostet hat. Dabei fand er, daß die nicht genähten Fälle den Berufsgenossenschaften beinahe das doppelte Opfer an Zeit und Geld gekostet haben als die frisch genähten. Er kommt deshalb zu dem Schluß, daß alle Kniescheibenbrüche mit Strecklähmung oder erheblicher Streckschwäche und solche mit Klaffen der Bruchstücke durch die offene Naht zu behandeln sind.

Lehfeldt.

Ein Fall von Flächenfraktur und Luxation der Patella.

Von Stabsarzt Dr. M. Kroner, Berlin.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905, Nr. 25, pg. 996.)

Eine 31jährige Schneiderin spürte bei schnellem Laufen auf ebener Erde plötzlich einen heftigen Schmerz im linken Kniegelenk und fiel zu Boden. Die Untersuchung ergab Unfähigkeit, das Gelenk aktiv zu bewegen, lebhaft Schmerzen bei passiven Bewegungen. Man fühlte etwas mehr über dem Condylus externus stehend einen Knochen, dessen Form der Patella ent-

sprach, aber auch lateral vom Condylus externus war ein Knochenstück zu palpieren. Zwischen beiden Knochenstücken fühlte man eine schräg verlaufende Diastase und ab und zu auch Krepitieren. Da Versuche, das Bruchstück am Condylus externus zu reponieren, mißlingen, wurde das Gelenk operativ freigelegt. Nach Austupfen des ziemlich reichlich im Gelenk befindlichen Blutes, zeigte sich, daß die Patella in der Frontalebene d. h. in ihrer Fläche durchgebrochen ist, so zwar, daß das eine Fragment nur aus der Knorpelfläche, das andere aus der konvexen Knochenfläche besteht. Das Bruchstück, das die Knorpelfläche enthält, ist ferner umgekatet, derart, daß es sich mit seinem lateralen Rande am Condylus externus festgehakt hat, während die überknorpelte Fläche schräg aufwärts nach oben steht. Die Reposition gelang leicht, die Stücke wurden durch Nähte fixiert. Der Heilungsverlauf war ein ungestörter, das funktionelle Resultat ein gutes.

Eine derartige Flächenfraktur der Patella ist bisher in der Literatur noch nicht beschrieben. J. Meyer, Lübeck.

Ein Fall von erworbener partieller Makrosomie; Verlängerung des Femur nach Unterschenkelamputation.

Von Dr. H. Teske.

(Arch. f. Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie. Bd. III, Heft 2.)

Einem 9jährigen Knaben wird wegen schwerer Verletzung durch die Kuppelstange einer Dreschmaschine das Bein 10 cm unterhalb des Kniegelenks amputiert. Bei Nachuntersuchungen nach $4\frac{1}{2}$ und $5\frac{1}{2}$ Jahren fand Teske eine Verlängerung des Femurs um mehr als $1\frac{1}{2}$ cm und eine Verdickung des ganzen Knochens. Der Unterschenkelstumpf war seit dem Unfall um 1,2 cm länger geworden. Nach Ausschluß von Lues, Akromegalie, Reizung des Ischiadicus usw. kommt Teske zu dem Schluß, daß die Kontusion des Knochens selbst zu dessen Vergrößerung geführt habe. Als Gründe dafür, daß gerade der Knochen hypertrophiert, führt er drei Umstände an. Erstens wirkt die Gewalt auf den starren Knochen stärker als auf die Weichteile. Zweitens wirkt nach allgemein pathologischen Erfahrungen die bei jeder Kontusion auftretende Hyperämie und Überernährung gerade auf die Teile am stärksten, die normalerweise an die geringste Saftzufuhr gewöhnt waren. Drittens endlich bietet gerade das Knochen- und zumal das Epiphysengewebe die günstigsten Bedingungen für eine venöse Hyperämie, die ihrerseits das Längen- und Dickenwachstum der Knochen befördert. Lehfeldt.

(Aus der Marburger chirurg. Klinik, Geheimrat Prof. Dr. Küster.)

Ein Beitrag zur Kenntnis der traumatischen Luxationen des Fußes im Talokruralgelenke.

Von Volontärassistent Dr. J. Richter.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 77, H. 1 bis 3.)

R. verbreitet sich an der Hand von sieben aus der Literatur gesammelten Fällen und einer eigenen Beobachtung über Entstehung, Kennzeichen und Behandlung der Verrenkung im Talokruralgelenk nach hinten.

Für ihr Zustandekommen ist eine übermäßige Plantarflexion erforderlich, welche gewöhnlich durch das Körpergewicht erzeugt wird, das bei fixiertem Fuß, oder während derselbe auf eine nach vorn abschüssige Ebene auffällt, den Unterschenkel im Rückwärtsfallen des Körpers nach hinten reißt. So sah man sie entstehen, als ein Turner beim Sprung über das Pferd beim Absetzen des rechten Fußes nach hinten fiel, als ein Mädchen beim Fall von der Leiter mit einem Fuße zwischen zwei Sprossen hängen blieb, als ein Mann, auf dem Erdboden ausgleitend, mit voller Kraft nach rückwärts fiel, wobei die Fußsohle bei schräger Haltung des Fußes an ein

starrwandiges Hindernis anprallte usw. — Infolge der übermäßigen Plantarflexion bildet sich am hinteren Ende der Talusrolle für die Tibia ein Hebelstützpunkt; das Gelenk klappt vorn, die gespannte Kapsel reißt, und die nach vorn gerichtete Komponente der fortwirkenden Kraft stößt die Tibia durch den Kapselriß hindurch auf den vorderen Abschnitt des Talus. — In der Regel ist die Verrenkung nicht isoliert, sondern infolge des ungemein festen Bandapparates mit Brüchen am inneren oder äußeren Knöchel, meistens aber mit einer Fraktur des Wadenbeins im unteren Drittel verbunden.

Die Erscheinungen der Verrenkung sind sehr ausgesprochen, der vordere Teil des Fußes ist verkürzt, der hintere entsprechend verlängert. Die Ferse erscheint nach hinten gedrängt. Auf dem Fußrücken springt das untere Ende der Tibia vor, deren scharfrandige Gelenkfläche eine Durchspießung oder spätere Gangränesezenz der Haut verursachen kann. Hinten springt die Achillessehne, die in einem nach hinten offenen Bogen zum Fersenhöcker zieht, vor. Die durch die Tibia gehobenen Zehenstrecker ziehen als gespannte Stränge über den Fußrücken. Der Fuß steht entweder gerade nach vorn oder mehr oder weniger abduziert. Häufig findet sich eine leichte Hin- und Herschiebbarkeit des Fußes in sagittaler Richtung. — Differentialdiagnostisch kommen in Frage die sehr seltene Luxatio pedis sub talo post., bei welcher jedoch das Talokruralgelenk frei beweglich und die Lage der Knöchel zum Talus unverändert ist, sowie die Verrenkung des Talus nach vorn, bei welcher jedoch der Vorderfuß verlängert ist und der Talus deutlich auf dem Fußrücken vorspringt, während die Knöchel dem Fußboden genähert sind.

Die Behandlung besteht in Reposition (forzierte Plantarflexion, Zug am Fuß nach vorn bei gleichzeitigem Druck auf den im Knie gebeugt gehaltenen Unterschenkel nach hinten und anschließende Dorsalflexion), die in frischen Fällen meist leicht gelingt, in Fixierung des Fußes für vier bis sechs Wochen, Massage, passiven Bewegungen usw. Auch veraltete Fälle lassen sich zuweilen noch unblutig reponieren, in der Regel wird man jedoch blutig einzugreifen gezwungen sein. In besonders schweren Fällen wird sich sogar eine teilweise Resektion des Gelenks nicht vermeiden lassen. Niehnes-Berlin.

(Aus dem chir.-poliklin. Institut der Universität Leipzig; Prof. Dr. Perthes.)

Über eine besondere Form der Infraktion: Die Faltung der Knochenkortikalis.

Von Assistenzarzt Dr. H. Kohl.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 77, Heft 4 bis 6.)

K. beobachtete in der Leipziger Poliklinik im Laufe von zwei Jahren fünf Kranke im Alter von 10 bis 16 Jahren, welche nach einem Fall auf die vorgestreckte Handfläche eine ganz umschriebene Druckempfindlichkeit ungefähr 3 cm oberhalb des Griffelfortsatzes des Radius aufwiesen, ohne das eine Deformität etwa im Sinne eines typischen Radiusbruches zu konstatieren gewesen wäre. Auf den Röntgenbildern fand sich an der genannten Stelle eine um die dorsale Peripherie des Knochens herumgehende Leiste, die dadurch zustande gekommen war, daß sich die Kortikalis aufgehalten hatte. Die unterliegende Spongiosa war nur bis zu einer geringen Tiefe beteiligt, in dem sich ihre Knochenfasern teilweise gelöst hatten. Der übrige Knochen war intakt.

Es handelt sich also um eine Vorstufe der Infraktion, bei welcher nur eine Stauchung von der konkaven Seite erfolgt ist, während die einwirkende Gewalt zu einer Zusammenhangstrennung auf der konvexen Seite nicht ausreichte.

Niehnes-Berlin.

Indirekte Fersenbeinbrüche.

Von Dr. Blind-Straßburg i. E.

(Mon. f. Unf.-Heilk. 1905, Nr. 5.)

Ein 60jähriger Arbeiter kann beim Fallenlassen eines schweren Eisenträgers das mit leicht gebeugtem Knie vorgestellte und fest aufgestemte linke Bein nicht mehr rechtzeitig zurückziehen, so daß die schwere Last das untere Oberschenkel-Drittel trifft. Hier entsteht eine erhebliche Quetschwunde, während sich beim Aufstehen Schmerzen in der Fersenengegend und ein totes Gefühl im Fuß einstellt. Die genauere Untersuchung ergibt an der Stelle der Verletzung nur eine Muskellücke, daneben aber die deutlichen Zeichen einer Fraktur des linken Fersenbeins. Blind hat früher schon einen ganz analogen Fall veröffentlicht; bei dieser indirekten Kompressionsfraktur des Calcaneus entspricht die fallende Last gewissermaßen dem Hammer, während die Unterschenkelknochen den Schlägel und der Fußboden den Ambos darstellen, zwischen welchen das Fersenbein zerdrückt wird. Lehfeldt.

Neurologie und Psychiatrie.

Über Familienmord.

Von Dr. med. L. von Muralt, Privatdozent an der Universität Zürich.

(Monatsschr. für Kriminalpsychologie und Kriminalistik. II 2.)

An Fällen, in denen das Familienhaupt den anderen Ehegatten und alle seine Nachkommen tötete und dann sich selbst aus dem Leben schaffte, sind dem Verfasser allein aus dem Kanton Zürich in den letzten vier Jahren zehn bekannt geworden.

Drei Fälle, in denen der Selbstmord mißglückt, sind kurz nacheinander in der Züricher psychiatrischen Klinik zur Begutachtung gekommen, einen vierten verdankt der Autor dem Direktor der St. Gallener Anstalt. Bei diesen Familientragödien ist im allgemeinen der Selbstmord in der Motivierung das Primäre und die ganze Tat hat ihren Ursprung in einer Geistesverfassung, welche derjenigen beim einfachen Selbstmord analog ist. Damit ist über die Frage der geistigen Gesundheit im Einzelfall zunächst nicht entschieden. Am einen Ende stehen Fälle ausgesprochener Geisteskrankheit — der Verfasser zitiert Beispiele solcher, wo Alkoholismus mit Wahnidee resp. Melancholie vorlag — am anderen stehen geistesgesunde Täter.

Die vier Fälle Muralts selbst können in einem Referate kaum hinreichend anschaulich excerpiert werden, weil jede Einzelheit des Tatbestandes und der subtilen psychiatrischen Beobachtung unentbehrlicher Baustein der schließlichen gutachtlichen Entscheidung ist. Immerhin sei folgendes kurz erwähnt:

1. M. K., ein überschuldeter und in mehreren Berufen gescheiterter Mann, dem Exmission und Pfändung unmittelbar bevorstand, der zudem alsbald zum Militärdienst einrücken sollte, tötete seine drei Kinder und seine hochschwangere Frau mit dem Einverständnis letzterer mittelst Leuchtgas und blieb, weil er aus dem Bette fiel, in der tieferen Luftschicht am Leben. Das Gutachten kam nach dreiwöchentlicher Beobachtung zu dem Schlusse, daß M. weder geisteskrank sei, noch an einer in forensischer Hinsicht erheblichen Psychopathie leide; er sei ein kraftloser Charakter mit Neigung zu Selbstüberhebung und ernstem verschlossenem Wesen. — Verurteilung zu fünf Jahren Zuchthaus.

2. 40 jähriger Mann, dessen Vater Alkoholist, Mutter nach ihrer 13. Entbindung melancholisch und in eine Irrenanstalt gebracht worden war. Wuchs in größter Armut und unter Prügelein auf. Mit 11 Jahren wollte er sich schon auf die Eisenbahnschienen legen! Aus zahllosen Stellen teils weggegangen, teils wegen Unfähigkeit entlassen, hatte in einer

kurzen Episode seines Lebens, wo es ihm mal pekuniär gut ging, eine Epileptika geheiratet. Den lange gehegten Plan führte er an seiner sechsköpfigen Familie mit dem Beile aus, als er glaubte, sein kleinstes Kind durch ungeschicktes Einstoßen des Lutschpfropfens in den Mund erstickt zu haben, während gleichzeitig seine Frau einen epileptischen Anfall hatte und ein anderes Kind sich verunreinigte; er selbst verletzte sich erheblich.

Das Gutachten (aus dem Asyl Wil, St. Gallen) bezeichnete schließlich die Tat als Akt der Verzweiflung eines Mannes, der keine Störungen der Geistestätigkeit darbot, welche die Zurechnungsfähigkeit aufhoben.

Am Tage nach Abgabe des Gutachtens starb der Mann an Apoplexie.

Der dritte Familienmörder war ein unbegabter, ruheloser, unverträglicher Projektenmacher, der zur Zeit der Tat übrigens in relativ guten Erwerbsverhältnissen, aber in Erfindersorgen und bitteren Familienzänkereien mit den Verwandten seiner Frau stand. Mit deren Einverständnis tötete er sie und die Kinder mittelst des Rasiermessers; sich selbst durchschnitt er am Halse Luft- und Speiseröhre bis auf die Wirbelsäule und stach sich 7 cm tief in den Bauch.

Er war kein Trinker!

Er wurde als konstitutioneller Psychopath begutachtet und seine Zurechnungsfähigkeit als hochgradig vermindert bezeichnet. Verurteilung zu drei Jahren Zuchthaus.

Der vierte Fall betraf eine sehr beschränkte, von Sorgen und Zank erdrückte, schwächliche Frau, die unschuldig des Diebstahls bezichtigt war. Sie tötete ihr Kind und schnitt sich selbst in den Hals, bis sie vom Blutverlust ohnmächtig war. Sie wurde für unzurechnungsfähig erklärt und alsbald daraufhin auf freien Fuß gesetzt.

Von dem ersten der Täter wird u. a. vom Verfasser gesagt, es fehlen in der Anamnese alle Anhaltspunkte für eine erhebliche psychische Minderwertigkeit, wenn man nicht sein mehrfaches Scheitern auf eine tiefe Disharmonie zwischen Wollen und Können zurückführen will. „Die Tat des komplizierten Selbstmordes erscheint zwar von vornherein als etwas Abnormes. Wir dürfen uns aber keinesfalls im Kreise herumbewegen und aus der Tat, die uns krankhaft erscheint, auf die Psychopathie des Täters schließen, um dann wieder zu sagen, nur abnorme Menschen können das in Rede stehende Verbrechen begehen.“

Bei dem dritten Täter, der schon mehr psychopathische Züge aufweist, wurden Schritt vor Schritt Epilepsie und pathologischer Rausch — ersterer trotz vorhandenem Automatismes ambulatoire, Wandertrieb aus dauernder Charakteranomalie — wurde ferner Paranoia ausgeschlossen, letzteres obwohl der Täter schwere, aber nicht unsinnige Beschuldigungen gegen die Familie seiner Frau erhob, und obwohl er sich um die Erfindung von perpetua mobilia abmühte. Die Erfindungen ließen aber nach dem Ergebnis der psychiatrischen Untersuchung nur auf Mangel an Intelligenz und auf Selbstüberschätzung schließen.

Von diesem, wie auch in verschiedenem Grade von den Fällen gilt folgendes: „Die ganze Motivierung des Selbstmordes zeigt nirgends etwas qualitativ Krankhaftes, sie unterscheidet sich nur quantitativ von den Gedankengängen, die ein normal äquilibrierter Mensch in einer ähnlichen Situation hätte.“

v. Muralt meint, alle vier Fälle enthalten eine Motivierung des Selbstmordversuches, welche mehr oder weniger Elemente enthält, die auch den geistig vollständig Gesunden lebensüberdrüssig werden lassen. Kummer und Sorge bei leichter Psychopathie dürften die Hauptgründe zum Selbstmord allgemein sein, zumal die Selbstmorde der Melancholischen und Dementen infolge der besseren Pflege der Irren wohl zurücktreten.

Psychologisch — freilich wohl nicht juristisch — liegt in den drei ersten Fällen, was die Tötung der Frau betrifft, — Doppelsebstmord, nicht Mord vor.

Mit allem Nachdruck wünscht v. Muralt darauf hinzuweisen, daß im Akt des Familienmordes ein starkes altruistisches Moment steckt, das um so deutlicher in Erscheinung tritt, wenn man die Täter mit Selbstmördern vergleicht, welche ihre Familie in Elend und Unglück zurücklassen.

Der Familienmord ist im Grunde ein komplizierter Selbstmord.

Referent war über die gutachtlichen Schlüsse — auf volle bzw. geminderte Zurechnungsfähigkeit bei dreien der v. Muraltschen Fälle — betroffen, um so mehr, als diesen Gutachten eine äußerst subtile Vorgeschichts- und psychologische Analyse zugrunde liegt und 2 der 3 nicht exkulpierten Täter, wie auch die exkulpierte Frau in der Bleulerschen Klinik beobachtet und begutachtet sind. Wenn nicht schon dieses hervorragende psychiatrische Milieu die Vermutung auf Rückständigkeit und laienhafte Härte von vornherein ausschliesse, so täte es die v. Muraltsche Arbeit, die sich durchaus bemüht, den unglückseligen Tätern gerecht zu werden und sie keineswegs als sittlich verworfene Wesen hinstellt.

Referent möchte dennoch bezweifeln, ob er selbst auch bei allen drei für zurechnungsfähig erklärten Taten diese Konsequenz gezogen hätte. Läßt Gemütsbewegung, die einen Mann, der sonst nichts weniger als ein Willensmensch ist, befähigt, nach Abschachtung seiner Familie sich mit dem Rasiermesser die Halsorgane bis auf die Wirbelsäule zu durchtrennen und sich dann noch eine gefährliche Verletzung in den Bauch beizubringen, — läßt solch ein Seelenzustand ihn in diesem Zeitpunkt als strafrechtlich verantwortlich erscheinen?

(Wenn mich mein Gedächtnis nicht täuscht, läßt Friedr. Theodor Vischer seinen „Auch einer“ sich zu solch einem Falle etwa so äußern, der Täter sei in jedem Falle verantwortlich, weil er den schrecklichen Gedanken gehegt und gezüchtet habe, mag er auch im Moment der Tat nicht mehr klar gewesen sein. Juristisch und psychiatrisch wäre diese Auffassung natürlich unhaltbar.)

Gleichviel, man mag sich für solche Straffälle die strenge Einschränkung des Begriffs der Unzurechnungsfähigkeit in der v. Muraltschen Arbeit zu eigen machen oder nicht, hält man die gutachtlichen Schlüsse dieser zusammen mit der sorgfältigen Vertiefung in das Seelenleben der unglücklichen Täter, so erfreut, — allgemein gesprochen, — der in den Gutachten ausgedrückte Respekt vor der Tatsache der menschlichen Leidenschaft, das Anerkenntnis, daß auch seltsame, befremdende schreckliche Taten abnormer Menschen, nicht schlechthin mit Imbezillität und Degeneration von der Höhe einer allzu abgeklärten psychiatrischen Weltanschauung herab abgetan werden müssen. Mit dieser Bemerkung zugunsten einer Humanität im weiteren Sinne möchte Referent aber beileibe nicht etwa dem psychiatrischen Dilettantismus, weder dem von der schneidigen, noch dem von der schöngestig-professoralen Art das Wort geredet haben!

Behrendt.

Die psychologische Beschaffenheit der rückfälligen Verbrecher.

Von Dr. med. Jules Morel, Direktor der Staatsirrenanstalt zu Mons (Belgien).

(Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform II. 4.)

Auf Grund statistischer und Indidualstudien, die M., anscheinend in einer nebenamtlichen Tätigkeit als Gefängnisarzt anstellen konnte, kommt er zu einer Reihe allgemeiner Schlüsse, die sich auf das Problem der Rückfälligen und zwar speziell auf die Vorbeugung beziehen:

1. Im Interesse der sozialen Gesundheit ist es notwendig, daß die Behörden alle Kinder überwachen, die geistig zurück-

geblieben sind, sowie diejenigen, die in einer verdorbenen Umgebung leben, um rechtzeitig Sorge tragen zu können, sie der Obhut der Eltern zu entziehen und in einer gesunden und anständigen Umgebung unterzubringen.

2. Junge Leute, die geistig zurückgeblieben oder entartet sind, und die infolge der Unregelmäßigkeit oder der Sonderbarkeit ihrer Aufführung die Aufmerksamkeit der Behörden auf sich gezogen haben, werden der Gegenstand eines Berichts an die Verwaltung, im Notfalle einer medizinischen psychologischen Untersuchung, deren Ergebnis den Verwaltungsbehörden und wenn nötig auch den Gerichtsbehörden übergeben werden muß.

3. Wenn erforderlich, werden diese Minderwertigen sowohl in ihrem eigenen wie im Interesse der Gesellschaft einem medizinisch-pädagogischen Institut anvertraut; dieses muß mit allen Einrichtungen versehen sein, die zur Brauchbarmachung derer dienen können, bei denen sich unzweifelhaft Zeichen der psychischen Entartung zeigen.

4. Eltern, die sich über das Betragen oder die Intelligenz ihrer Kinder Sorgen für die Zukunft machen, haben das Recht, zu verlangen, daß ihre Kinder in einem medizinisch-pädagogischen Institut oder in einer besonderen Anstalt untergebracht werden, solange es notwendig ist, und bis ein Bericht des Irrenarztes die Entlassung für zulässig erklärt.

5. Der Gedanke der Sühne, der bei den psychisch Entarteten nicht am Platze ist, muß ersetzt werden durch das Bestreben, sie zu erziehen und zu bessern. Die Entarteten, bei denen die Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit und Zurechnungsfähigkeit zwecklos ist, werden der Fürsorge der Verwaltung für eine unbestimmte Zeit anvertraut. Bdt.

Über die Versorgung geisteskranker Verbrecher in England.

Von Dr. med. Hermann Engelken jun. (Alt-Scherbitz).

(Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform II 3.)

Das gesamte Irrenwesen in England, Schottland und Irland ist für jedes dieser Länder besonders geordnet; die Aufnahme-kautelen sind außerordentlich strenge. Die Versorgung der Kriminellen ist, ohne Rücksicht auf Vorstrafen, ganz zentralisiert, in dem Broadmoor Criminal Lunatic Asylum zu Crowthorne, Berkshire, das 1863 erbaut und seitdem mehrfach erweitert ist. Hier finden I. die verbrecherischen Geisteskranken, die freigesprochenen sowohl als die bis zur Hauptverhandlung erkrankten, als auch schwer verbrecherisch gewordene Irrenanstaltspfleglinge; II. die in der Strafhaft Erkrankten Aufnahme.

Gebesserte, resp. als harmlos erkannte werden unter Umständen entlassen, resp. in gewöhnliche Irrenanstalten überführt; solche der II. Kategorie auch in die Haft zurückgebracht, vorausgesetzt, daß die erkannte Strafzeit noch nicht inzwischen abgelaufen ist. Denn Aufenthalt in Broadmoor wird in die Haft eingerechnet; sind sie noch nach Ablauf der Strafhaft geisteskrank, so kommen sie ev. auch in die gewöhnlichen Irrenanstalten.

Die Unterhaltungskosten für alle criminal lunatics trägt der Staat, nicht die heimatliche Armenbehörde. (2 M. 37 Pf. pro Tag und Kopf.)

Broadmoor hatte am 1. Januar 1904 877 Pfleglinge, einen Direktor (Arzt!) und noch 3 Ärzte; Pflegepersonal im Verhältnis von 1 : 5.

Für Beschäftigung und Unterhaltung, Arbeitsverdienst ($\frac{1}{8}$ des geschätzten Wertes ihrer Arbeit) (!) ist in offenbar sehr liberaler Weise gesorgt. Nur ein paar Züge seien hier zitiert: Einer Reihe von Kranken stehen Schränke unter eigenem Verschluss zur Verfügung. Die Anstalt hat keine Hauptschlüssel

dazu, aber jeder ist verpflichtet, seinen Schrank auf Verlangen des Arztes etc. zu öffnen, bei dauerndem Verlust des Rechts auf einen Schrank. Viele erhalten eigene Blumengärtchen etc. innerhalb der Umfassungsmauern.

41 der Anstalt gehörige Wohnhäuser werden verheirateten Pflegern mietfrei überlassen.

Die notwendige „Verdünnung“ des gefährlichsten Materials erfolgt durch die Menge der übrigen, zumal selbst in den Trinkerheilstätten internierte, als geisteskrank erkannte Trinker nach Broadmoor kommen und auch wegen allerlei kleiner Delikte bestrafe; ein Delikt ist in England auch — Selbstmordversuch! (Daher kann Broadmoor wohl auch nicht ohne weiteres mit unseren deutschen Instituten für geisteskranken Verbrecher parallel gesetzt werden!) Einen großen Teil der Schwierigkeiten eliminiert auch die volle Anrechnung der in der Anstalt zugebrachten Zeit auf die Dauer der Strafhaft. Bernhardt.

Epileptische Bewußtseinsveränderungen von ungewöhnlicher Dauer und forensischen Folgen.

Von Mörchen.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Januar 1905.)

Der 26jährige Patient stammt aus einer Familie, in der Epilepsie mehrfach vorgekommen ist (Mutter und zwei ihrer Schwestern waren epileptisch). Als Kind erlitt er eine anscheinend schwere Schädelverletzung. Späterhin litt er an Kopfschmerzen und zeigte eine Intoleranz gegen Alkohol. Im übrigen war er gesund, geistig gut entwickelt, ohne auffällige Charaktereigenschaften. Er lebte solide, arbeitete in der Möbelschreinerei seines Vaters und war auch zwei Jahre auf dem Postamt seines Heimatsortes als Schreiber beschäftigt. Vom 18. bis 20. Jahre diente er, ohne jemals ernstlich krank gewesen zu sein, beim Militär. Erst im 22. Jahre traten im Anschluß an eine Verstimmung mehrfache Zustände von Bewußtseinsveränderung auf, die sämtlich volle Amnesie hinterließen. In jedem Anfall entfernte sich Patient sofort vom Elternhause, um nach zwei, nach zehn, nach vierzehn Tagen — die Dauer nahm regelmäßig zu — irgendwo im Gebirge oder in den Straßen einer fremden Stadt wiederzufinden. Das Erwachen war plötzlich wie aus tiefem Schlafe. Mit der Dauer dieser Zustände wuchs auch die räumliche Entfernung von seiner Heimat.

Einmal, 1901, scheint er eine kurze, krampfähnliche Attaque gehabt zu haben (vielleicht wirklicher epileptischer Insult). Nach längerer Pause trat ein neuer Anfall von Bewußtseinsveränderung auf, der fast zwei Monate anhielt, für den nachher wieder volle Amnesie bestand. In diesem Anfall verübte der Mann fast triebartig eine ganze Kette von Betrügereien und Diebereien. Er nannte fast überall seinen richtigen Namen und gab an, wohin er demnächst reisen wollte; also waren die Handlungen zwar zweckmäßig hinsichtlich des erzielten Erfolges, aber unweckmäßig in der Ausführung. Er wanderte dabei rastlos von Ort zu Ort und scheint dabei niemandem irgendwie auffällig geworden zu sein. Verhaftet, kam er am nächsten Tage im Gefängnis wieder zu sich. Bei den Verhören in den nächsten Tagen scheint er noch eine undeutliche summarische Erinnerung an die letzten Erlebnisse gehabt zu haben. Im Gefängnis ein Tobsuchtsanfall mit nachfolgender Amnesie; sonst um diese Zeit noch nervöse Erscheinungen, starker Tremor. Kam dann in die Irrenanstalt Stephansfeld zur Beobachtung und war hier für die ganze Zeit amnestisch. — Ziemlich ein Jahr später setzte ein neuer Anfall ein, unter durchaus gleichen Umständen, von drei Monaten Dauer mit nachheriger absoluter Amnesie: Während dieser Zeit verübte K. wieder eine ganze Menge zum Teil ganz komplizierter, eine geschickte Überlegung fordernder Betrügereien.

Seine Erfahrungen im Postdienst benutzte er, um umfangreiche Postschwindelien zu begehen. Es dauerte lange bis man den „abgefeymten Gauner“ entdeckt hatte. — Während des Anfalles unsolide, verschwenderisch, Trinker, im vollkommenen Gegensatz zu seiner vor- und nachher stillen, geordneten, fleißigen und anspruchslosen Lebensführung.

Mörchen kommt — nach kritischer Beleuchtung der ganzen Literatur — zu folgenden allgemeinen Schlüssen:

„Die uns bekannten Dämmerzustände vom Charakter des second état gehören fast ausschließlich dem Gebiet der Epilepsie an. Sie sind wesensgleich aber klinisch verschieden gegenüber den gewöhnlichen Formen der Dämmerzustände. Jedenfalls ist in allen Fällen, in denen ein derartiger Zustand in charakteristischer Weise auftritt, in erster Linie an Epilepsie zu denken.

Für die Annahme eines Dämmerzustandes genügt nicht die Feststellung einer Amnesie für eine bestimmte Zeit (Möglichkeit einer retrograden Amnesie), sondern das Verhalten des Kranken in dieser Zeit selbst muß uns einigermaßen bekannt sein und muß uns Anhaltspunkte für die Annahme eines in der charakteristischen Weise veränderten Geisteszustandes geben.

Die typischste Form des second état, wie wir sie in unserm Falle beobachten konnten und wie sie am deutlichsten als Äquivalent für den Krampfanfall erscheint, enthält als wichtigste Merkmale: Plötzliches Auftreten und Verschwinden mit einer Aura, respektive mit postparoxycynealen Beschwerden. Sodann totale Amnesie. Ferner im Zustande selbst: ein Nebeneinander von gleichgültigen und möglichst zahlreichen, triebartigen Handlungen, die mit dem sonstigen Verhalten des Kranken in einem starken Widerspruch stehen, an und für sich aber geordnet und unauffällig erscheinen können.

Psychologisch betrachtet, ist es am wahrscheinlichsten, daß es sich im second état um eine Störung des Selbstbewußtseins respektive um eine Störung der gesetzmäßigen Assoziation handelt. Ätiologisch kommen am ehesten vasomotorische Einflüsse im Gehirn in Betracht.

Fallen gesetzlich strafbare Handlungen in einen Zeitraum, in dem sich das Individuum nachweislich in einer geistigen Störung vom Charakter des second état befand, so sind sie unbedingt als im Zustande von „Bewußtlosigkeit“ (im Sinne des § 51) begangen anzusehen.“ Bernhardt.

Das Bierdelirium.

Von Gudden.

(Archiv f. Psych., Band 40, Heft 1.)

Zwei hereditär belastete, starke Biertrinker (über 10 Liter täglich), die Schnaps nur ganz ausnahmsweise zu sich nehmen, erkrankten mit allen charakteristischen Symptomen des halluzinatorischen Alkoholwahnsinns. Bei dem einen dauert das Stadium der Halluzinose nahezu zwei Jahre. Im zweiten Fall hält es nach 1³/₄ Jahren noch an. Spezifisch für das Bierdelirium erscheint die ängstliche Form der Sinnestäuschungen und vor allem die lange Dauer der Halluzinose, die Verschleppung der Krankheitserscheinungen. Wir haben zu berücksichtigen, daß der Mißbrauch des Bieres im Verhältnis zum Schnaps oder zu schweren Weinen ein viel längerer sein muß, um dieselben psychischen Störungen hervorzurufen, daß aber dafür der ganze Organismus infolge der jahrelang täglich durch ihn gepumpten Flüssigkeiten weitaus mehr an Elastizität einbüßt, als durch die Einverleibung des Alkohols in konzentrierter Form, mit andern Worten, das Minus an Schaden, welchen das Bier gegenüber dem Branntwein sowohl durch seine Verdünnung als durch den Mangel an Fuselölen bei sparsamem Genuß anrichtet, wird zum Plus, sobald die mittelst Bier eingenommene Alkoholmenge sich derjenigen übermäßigen Schnapskonsums nähert.

Zur Bewertung des Tremors als Zeichen des Alkoholismus.

Von Prof. Fuerbringer, Berlin.

(Berl. klin. Wochenschr. 1905, Nr. 31, S. 629.)

Die Arbeit erörtert 500 Fälle, die Verf. selbst beobachtet hat. Er unterscheidet diejenigen, welche durch das mäßig genossene Gewohnheitsgetränk in ihrer Gesundheit nicht geschädigt sind als Nicht-Trinker von den Trinkern, also Patienten. Der Grenzwert ist ihm für erstere 1 Liter Bier oder eine halbe Flasche leichten Weines pro Tag bei Enthaltbarkeit von konzentrierten Spirituosen. Mit dieser Definition können alle zufrieden sein, die nicht fanatisch zur Abstinenz schwören. Ehe ich die Zahlen mitteile, sei eine Bemerkung gestattet. Es ist nicht angegeben, wie Verf. seine Prozente gewonnen hat. Nach meinem Dafürhalten können sie nur auf die Summe der Trinker einerseits, der Nicht-Trinker andererseits bezogen werden. Dann ergeben sich aber mit F.'s absoluten Zahlen Prozente, die nicht unerheblich von den seinigen abweichen. Ich stelle beide nebeneinander. Es boten von den 500 Fällen den Tremor:

	Absolute Zahlen	Prozente		
		des Verfassers	meiner Rechnung	
nicht oder kaum	194	91,5	51,73	} 375 Nicht-Trinkern
mäßig	153	73,0	40,80	
stark	28	35,5	7,47	
nicht oder kaum	18	8,5	14,40	} von 125 Trinkern
mäßig	56	27,0	44,80	
stark	51	64,5	40,80	

Vfs. Schlüsse sind folgende: 1. Potatoren können den Tremor vermissen lassen; 2. Mäßiges Händezittern berechtigt an sich zu keinen Schlüssen auf Alkoholismus; 3. Auch starker Tremor ist nicht stets, wohl aber wahrscheinlich für die Diagnose des Potatoriums zu verwerten. Unter den Krankheiten, die außerdem das Symptom zeigen können, steht obenan die Neurasthenie, besonders die sexuelle und die traumatische. Ebenso häufig leiden nervöse Phthisiker daran. Natürlich ist das männliche Geschlecht mehr beteiligt als das weibliche: 64 zu 46 %; während bei den Nicht-Trinkern das Verhältnis umgekehrt liegt: 32 zu 43 %. Bei der ärztlichen Einschätzung des Zeichens ist aber immer mit der gern produzierten Verheimlichung der Trinkgewohnheit zu rechnen. Über die Beziehungen der Quinquaudschen Phalangenkrepitation zum Alkoholismus sind die Akten noch nicht geschlossen; jedenfalls ist der Tremor höher zu bewerten. Ktg.

Zur Kenntnis des Quinquaudschen Zeichens.

Von Dr. H. Hoffmann und Dr. H. Marx, Berlin.

(Berliner klinische Wochenschrift 1905, Nr. 18, pg. 564.)

Das Quinquaudsche Zeichen, welches in Deutschland zuerst Fürbringer näher beschrieben hat, wird von forensischen Autoren als ein sicheres Zeichen des Alkoholismus angesehen. Man merkt, wenn man die gespreizten Finger des zu Untersuchenden auf den eignen Handteller setzen läßt, während der ersten zwei bis drei Sekunden nichts Außergewöhnliches, dann aber leichte Erschütterungen, als ob die Fingerknochen brüsk gegen einander und gegen die Flachhand des Untersuchers stießen. Je nach der Intensität und nach der Dichte und Kontinuität der Stöße hat man eine Empfindung, die vom leichten Reiben bis zum richtigen Knarren und Krachen schwankt. Verfasser haben das Phänomen an 1018 Insassen des Untersuchungsgefängnisses Moabit geprüft. Sie kommen auf Grund ihrer Beobachtungen zu folgenden Schlüssen:

1. Das Fehlen des Quinquaudschen Zeichens oder ein mäßiger Grad desselben lassen sichere Schlüsse auf Abstinenz

oder Alkoholmißbrauch nicht zu. Das Fehlen erlaubt höchstens mit einer Wahrscheinlichkeit von 3 : 2 Abstinenz anzunehmen.

2. Ein intensiver Grad des Phänomens zeigt mit einer Wahrscheinlichkeit von nahezu 3 : 1 den Potator strenuus, mit einer Wahrscheinlichkeit von 2 : 1 den Trinker an.

J. Meyer, Lübeck.

Über die Beziehungen der angeborenen ectodermalen Keimblattschwäche zur Entstehung der Tabes dorsalis.

Von A. Bittorf.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 28. Band. 5-6. Heft.)

Die ererbte geringere Widerstandsfähigkeit des Nervensystems gegenüber Lebensansprüchen und äußeren Schädigungen ist nach Verfasser als das wichtigste Moment für die Erkrankung an Tabes anzusehen. Die neuropathische Anlage bedeutet eine verminderte Widerstandsfähigkeit und wird nachgewiesen durch die Feststellung der nervösen Belastung und das Auftreten von Degenerationszeichen. Verfasser fand etwa 80 Proz. seines Materials (16 Männer, 15 Frauen) belastet, während er 10 Proz. als Höchstzahl bei dem gesunden Durchschnitte annimmt. Bei Tabes im jugendlichen Alter fällt auf die außerordentliche Häufigkeit direkter Heredität (Tabes oder auch Paralyse bei den Eltern). Die Kranken bieten vor oder neben der Tabes oft psychische und nervöse Störungen. Die Tabiker zeigen nicht nur schwerere, sondern auch häufigere Mißbildungen als Vergleichspersonen. Für die Minderwertigkeit des Nervensystems spricht die wiederholt beobachtete Kombination von Tabes und Syringomyelie und das gerade bei Tabes oder Paralyse mit Hinterstrangerkrankung beschriebene Vorkommen von Heterotopie oder abnormem Faserverlauf.

Verfasser schließt damit, daß er sagt: Die Tabes entsteht also wohl nur bei einem angeboren abnormen, minderwertigen Rückenmark. Schultze.

Über die syphiligen Erkrankungen des zentralen Nervensystems und die Frage der „Syphilis à virus nerveux“.

Von Fr. Fischler.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 28. Band, 5. u. 6. Heft.)

Verfasser stellt aus der Literatur die Beobachtungen über infantile und juvenile Tabes, Taboparalyse, Paralyse und syphiligen Erkrankungen bei Ehegatten, über Fälle von familiärer Tabes, Taboparalyse oder Paralyse zusammen, sowie die über Gruppenerkrankungen aus einer gemeinsamen bestimmten Infektionsquelle bei mehreren Individuen ohne verwandtschaftliche oder familiäre Beziehungen; einige neue bisher noch nicht veröffentlichte Fälle werden mitgeteilt.

Aus dem Material, besonders aus verschiedenen Beobachtungen Nonnes, ergibt sich, daß neuropathische Belastung keine Rolle spielt. Man muß vielmehr immer auf die Lues zurückgreifen. Vieles spricht zugunsten der Annahme von spezifischen Eigentümlichkeiten gewisser luetischer Infektionen, die eine spezielle Affinität zur Lokalisation im Nervensystem haben. Besonders die Beobachtung von Brosius verdient Beachtung. Sieben Glasarbeiter werden durch einen und denselben Kameraden infiziert; von fünf nach zwölf Jahren untersuchten Individuen waren vier tabisch oder paralytisch oder dieser Krankheit verdächtig. Erb sah von fünf Leuten, die mit derselben Person coitiert hatten, vier syphilitisch werden, die später alle tabisch oder paralytisch wurden. Die Verschiedenheit der luetischen Gifte ist mit biologischen Erfahrungen durchaus vereinbar; Lähmungen treten nur nach einzelnen Diphtheriefällen auf, Typhusepidemien verlaufen bald mit leichten, bald mit schwersten Komplikationen. Es bedarf noch der Sammlung weiteren Mate-

rials; und welche Gesichtspunkte hierbei zu berücksichtigen sind, das hat Verfasser kurz am Schlusse seiner klaren Arbeit auseinandergesetzt.

Schultze.

Tagesgeschichte.

Röntgenkurse.

Die beiden letzten Aschaffener Röntgenkurse dieses Jahres beginnen am 7. Oktober und 8. Dezember. Die Dauer der Kurse ist 5 bis 6 Tage, während deren vormittags und nachmittags je 3 bis 4 Stunden gearbeitet wird.

Die Kursleitung hat verschiedentlich geäußerten Wünschen entsprechend in das Programm Vorträge über die neuere Elektronentheorie und die Radiumforschung einfügen lassen, welche von Ingenieur Dessauer gehalten werden.

Das Programm ist im übrigen das bekannte. Ohne Vorkenntnisse vorauszusetzen, werden die physikalischen Grundlagen kurz durchgesprochen, dann eingehend die Technik, und zwar streng objektiv. Von ärztlicher Seite wird die Anwendung des Verfahrens in der Chirurgie, der inneren Medizin und der Therapie theoretisch und praktisch vorgetragen und demonstriert. Das zur Verfügung stehende Krankenmaterial war in den letzten Kursen sehr reichlich. Nähere Anfragen sind zu richten an den Kursleiter, Herrn Medizinalrat Dr. Roth, Kgl. Landgerichts- und Bezirksarzt, Aschaffenburg.

J. Meyer, Lübeck.

Bezahlte ärztliche Gutachten für Heilpräparate.

Den Preußischen Ärztekammern wird demnächst eine mit zahlreichen Unterschriften bedeckte Petition überreicht werden, deren Zweck die Beseitigung eines stetig anwachsenden Übelstandes ist. Während die berufliche oder persönliche Integrität des deutschen Arztes bisher unantastbar gewesen ist, haben sich, wie es in einer von ärztlicher Seite an die „Post“ gerichteten beachtenswerten Zuschrift heißt, in den letzten Jahren eine Anzahl Ärzte zu einer kommerziellen Ausbeutung ihres Berufes verleiten lassen, welche geeignet ist, den fleckenlosen Ruf der deutschen Ärzteswelt zu trüben. Die Erfinder und Entdecker der Tausende von „Heilmitteln“, die jährlich neu auftauchen, wünschen natürlich, ihre Präparate mit Aussicht auf großen Gewinn auf den Markt zu bringen. Zu diesem Zwecke müssen sie sich möglichst viele „wissenschaftliche Gutachten“ verschaffen, da solche Empfehlungen der betreffenden Erfindung einen beträchtlichen Nimbus verleihen. An viele Ärzte, namentlich Spezialisten, treten denn auch im Laufe des Jahres zahlreiche Anerbieten heran, derartige Gutachten gegen hohes Honorar auszustellen. Selbstverständlich darf ein Arzt, der Achtung vor seinem Beruf und vor sich selbst hat, ein solches Gutachten nur dann ausschreiben, wenn er mit dem betreffenden Präparate eingehende und gewissenhafte Versuche angestellt hat und von seiner Heilwirksamkeit fest und aufrichtig überzeugt ist. Aber gerade in diesem Punkte wird seit einiger Zeit in recht bedenklichem Maße gesündigt.

Nicht genug aber können namentlich die jüngeren Ärzte davor gewarnt werden, Zeugnisse über Präparate auszustellen, die ihnen zur Verwendung in der Praxis von dem Erfinder oder dem Fabrikanten als Gratisproben zugesandt worden sind. Derartige Zeugnisse sind dem betreffenden Lieferanten willkommene Reklamemittel. Daß es nach § 7 unserer ärztlichen Standesordnung direkt untersagt ist, über die Wirksamkeit sogenannter Geheimmittel Zeugnisse auszustellen, möge hierbei nicht unerwähnt gelassen sein.

(Korrespondenzblatt der
ärztlichen Kr. u. Bez.-Vereine in Sachsen.)

Die Vereinigung der Deutschen Medizinischen Fachpresse

hielt ihre Generalversammlung am 26. September unter Vorsitz von Herrn Adler-Wien ab. Hauptgegenstand der Tagesordnung bildete die Beratung eines definitiven Statuts auf Grund von Vorschlägen der Herrn Posner und Adler; weiter wurden, nach einem Referat des Herrn Schwalbe, bestimmte Grundsätze betreffs der Berichterstattung auf Kongressen vereinbart. Geschäftsführer für das Jahr 1906 ist Herr Posner.

(„Berl. klin. Wochenschrift.“)

Ärztliches Kauderwälsch.

Wir bringen nachstehenden Auszug aus einem Zeugnis einer deutschen „chirurgischen Klinik“: „Der Maschinist J. St. war in stationärer Beobachtung, die Haut war an den Extremitäten marmoriert. Die Bindehaut stark injiziert, keine Dämpfung, überall Verikuläratmen, die Radialarterie und Temporalarterie sind etwas rigid. Bei der Palpation wird kein besonderer Schmerz empfunden. Die Muskulatur der linken oberen Extremität ist nicht besonders atrophisch. Ataktische Bewegungen sind nicht wahrzunehmen. An der ausgestreckten Hand findet sich ziemlich starker grobschlägiger Tremor. Die Patellarreflexe sind beiderseits gesteigert, der Kremasterreflex deutlich. An der linken oberen Extremität besteht von einer zirkulären Linie an abwärts eine Herabsetzung der Schmerzempfindung. Nach dem Röntgenbild muß am sechsten Halswirbel eine Fraktur stattgefunden haben. Der betreffende Wirbel ist unregelmäßig in der äußeren Form, auch der Processus transversi. Nach dem Bilde von der Seite scheint der Processus spinosus abgebrochen zu sein. Die spezialärztliche Augenuntersuchung ergab: Pupillen gleich weit, sie reagieren prompt auf Lichteinfall.“ — Und aus derartigem Gewälsch soll sich nun der Laie, der auf Grund eines solchen Zeugnisses einem Verletzten nach Pflicht und Gewissen eine Rente zusprechen muß, ein Bild der Krankheit machen. Was würde einem französischen Arzt wohl gesagt werden, der so mit Fremdwörtern um sich schmisst? Ist denn die Ausbildung in der deutschen Sprache auf unseren Hochschulen gar so jämmerlich, daß man in dieser reichen Sprache mit so reichem Wörterschatz nicht einmal ein Krankheitsbild zu geben imstande ist? Das wäre fürwahr ein böses Armutzeugnis. Andererseits ist es aber auch ein grober Unfug, wenn man einer Berufsgenossenschaft die Zumutung stellt, für ihr gutes Geld für die Zeugniskosten sich mit solch unklaren ärztlichen Ausführungen zu begnügen! Eine Besprechung solchen Mißstandes wäre eine recht verdienstvolle Aufgabe für den nächsten deutschen Ärztetag! („Fränkische Morgenzeitung.“)

Die ärztliche Sachverständigen-Zeitung wies bereits bei ihrem ins Leben Treten in ihren Programmartikeln darauf hin, wie notwendig es sei, daß Fremdwörter aus den Sachverständigen-Gutachten möglichst grundsätzlich ausgemerzt würden, damit sie dem Verständnis von Laien, für die sie ja bestimmt seien, nach Möglichkeit nahe gebracht würden. Wir hoben damals bedauernd hervor, daß die Universitäten noch nicht genügende Rücksicht auf die einschlägigen Verhältnisse nähmen und daher die jungen Ärzte nicht genügend vorbereitet für einen wichtigen Zweig ihrer Erwerbstätigkeit ins Leben hinausgingen.

Im Laufe der letzten 10 Jahre sind sicher sowohl im Universitätsunterricht, als namentlich im ärztlichen Fortbildungswesen die einschlägigen Verhältnisse wesentlich günstiger geworden. Doch beweist die in obigen Ausführungen enthaltene, inhaltlich nicht unberechtigte Laienkritik, wie sehr im Interesse der Würde des Arztestandes ein derartiges Beharren auf einer eigenen nicht gemeinverständlichen Zunftsprache bekämpft werden muß.

A. L.