

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post Zeitungs-Preisliste No. 34).

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikingers-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Redaktion:

Dr. L. Becker Geh. Med.-Rath Berlin.	Dr. Florschütz Gotha.	Dr. Fürbringer Geh. Med.-Rath u. Prof. Berlin.	Dr. Haug Professor München.	Dr. Hoffa Geh. Med.-Rath u. Prof. Berlin.	Dr. Kionka Professor Jena.	Dr. Kirchner Geh. Ob.-Med.-R. u. Prof. Berlin.	Dr. A. Leppmann Med.-Rath. Berlin.	
Dr. von Liszt Geh. Just.-Rath u. Prof. Berlin.	Dr. Ostertag Professor Berlin.	Dr. Puppe Priv.-Doz. u. Gerichtsarzt Berlin.	Radtke Kaiserl. Reg.-Rath Berlin.	Dr. Roth Reg.- u. Geh. Med.-Rath Potsdam.	Dr. Schwechten Sanitätsrath Berlin.	Dr. Silx Professor Berlin.	Dr. Stolper Breslau.	Dr. Windscheid Professor Leipzig.

Verantwortlicher Redakteur:

Dr. F. Leppmann

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

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 3.

VIII. Jahrgang 1902.

№ 19.

Ausgegeben am 1. Oktober.

Inhalt:

Originalien: Windscheid, Das Hermann-Haus. S. 389.

Rieger, Ueber das Verhältniss zwischen richterlicher Entmündigung und polizeilicher Unschädlichmachung von partiell Verrückten mit Verfolgungswahn. (Schluss.) S. 396.

Moser, Ueber 300 landwirthschaftliche Unfälle, die innerhalb fünf Jahren rentenfrei geworden sind. (Schluss folgt.) S. 400.

Referate: Chirurgie. Kaposi, Ein Fall von komplizirter Schädelverletzung mit Aphasie. Deckung d. Defektes durch Knochenplastik. S. 405.

Wetzel, Ueber Verletzungen der Brust, speziell des Herzens. S. 405.

Roloff, Ueber manuelle Reposition v. Luxationen ohne Narkose. S. 406.

Lapin, Ein Fall von Verrenkung des zweiten Halswirbels. S. 406.

Amberger, Ein Fall von Luxation des linken Radius nach innen hinten. S. 406.

Vergiftungen. Tausch, Zwei Fälle von Lysolvergiftung. S. 407.

Goldenberg, Ueber einen Fall von akuter Karbolsäure-Vergiftung. S. 407.

Brunn, Zwei Fälle tödtlicher Vergiftung durch Schwefelkohlenstoff. S. 407.

Ohrenheilkunde. Körner, Soziale Gesetzgebung u. Ohrenheilkunde. S. 407.

Ottmann, Die Bedeutung der tuberkulösen Belastung für die Entstehung von Ohrenkrankheiten bei Kindern. S. 407.

Zimmermann, Ziele u. Wege d. Funktionsprüfung d. Ohres. S. 407.

Aus Vereinen und Versammlungen. Bericht über die erste Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins. — Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. S. 408.

Gerichtliche Entscheidungen. Aus dem Reichsversicherungsamt. Aerztliches Obergutachten, betreffend die traumatische Entstehung eines Schenkelbruchs. S. 410.

Bücherbesprechungen: Funke und Hering, Die gerichtlichen Kosten des Verfahrens vor dem Reichs-Versicherungsamt und den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung. S. 411.

Tagesgeschichte: Staatliche Zentralstelle für die gerichtliche Blutprüfung. — Bekämpfung der Malaria in Oesterreich. — Geisteskrankheiten in England. — Neue Ministerialerlasse. — Mittheilung. S. 411.

Das Hermann-Haus,

Unfallnervenklinik der Sächsischen Baugewerks-Berufsgenossenschaft in Stötteritz bei Leipzig, nebst Bemerkungen über die Berechtigung der Errichtung besonderer Unfallnervenkliniken.

Von

Professor Dr. F. Windscheid,
dirigir. Arzt des Hermann-Hauses.

Ungeahnte Aufgaben sind dem Arzte aus der modernen sozialen Gesetzgebung, vor Allem aus dem Unfallgesetz erwachsen. Die „Unfallheilkunde“ ist eine Wissenschaft für sich geworden, deren Kenntniss heutigen Tages jedem Arzte geläufig sein muss, denn jeder kann in die Lage kommen, sich gutachtlich über einen Unfallverletzten äussern zu müssen. Was uns auf der Uni-

versität überhaupt noch gar nicht gelehrt wurde, bildet jetzt einen integrierenden Bestandtheil des medizinischen Unterrichtes und hoffentlich ist die Zeit nicht fern, in welcher wir Lehrstühle für Unfallheilkunde an den deutschen medizinischen Fakultäten besitzen!



Die weittragendste Wirkung hat aber die Unfallgesetzgebung doch wohl auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten gezeitigt. Man darf ruhig sagen, dass ein Theil der durch den Unfall hervorgerufenen Nervenerkrankungen früher überhaupt nicht oder wenigstens nur ganz sporadisch vorkam, ich meine die traumatische Hysterie, während wir bei einer grossen Reihe anderer Nervenerkrankungen den Zusammenhang zwischen ihnen und einem Trauma erst durch die Unfallgesetzgebung kennen und würdigen gelernt haben.

Doch nicht von diesen Dingen will ich reden. Ich möchte vielmehr die Frage erörtern, auf welche Weise man am zweckmässigsten den besonderen Eigenthümlichkeiten der Unfallnervenkranken in Bezug auf Untersuchung, Beobachtung und Behandlung gerecht wird.

Dass diese Unfallnervenkranken eine ganz besondere Klasse von Patienten bilden, wird Jeder, der sich mit ihnen zu beschäftigen hat, zugestehen. Einmal bieten sie ein viel komplizirteres Bild als der rein chirurgisch Verletzte. Dann zeigen sie in der Mehrzahl der Fälle nur rein subjektive Symptome, auf die der Arzt in der Begutachtung angewiesen ist, für die er eine greifbare Grundlage in Form einer materiellen Nervenerkrankung nicht finden kann. Ferner kommen bei den Unfallnervenkranken eine Reihe von psychischen Veränderungen in Betracht, die durch das Trauma direkt hervorgerufen sind. Hier bewegen wir uns auf einem noch durchaus hypothetischem Boden, da wir über die eventuelle materielle Grundlage posttraumatischer Störungen der Psyche auch noch nicht den Anfang einer Kenntniss haben. Blicken wir schliesslich auf organische Nervenerkrankungen, welche als eine Folge des Unfalls von Seiten des Verletzten dargestellt werden — Tabes, Paralyse, Gehirntumor u. s. w. — so haben wir zwar hier greifbare, objektive Grundlagen in Form materieller Nervenläsionen vor uns, aber die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Trauma und Krankheit ist eine in den meisten Fällen schwer, völlig sicher wohl niemals zu entscheidende.

Alle diese Eigenthümlichkeiten bedingen eine andere Art der Begutachtung bei Unfallnervenkranken als bei anderen Unfallverletzten und erfordern auch oft eine andere Behandlungsweise.

Der Unfallnervenkranke wird in weitaus den meisten Fällen zu einem Gutachten einer genauen Beobachtung bedürfen. Nehmen wir als Gegensatz einen rein chirurgischen Fall, sagen wir eine Fraktur des Unterschenkels. Ohne Schwierigkeit stellt der erfahrene Chirurg die Lage der Bruchenden zu einander fest, bestimmt die Schwere der Verletzung und weiss genau, dass der Verletzte eine bestimmte Zeit lang wegen seines gebrochenen Beines nicht arbeiten kann. Heilt der Bruch, so wird genau mit dem Zentimetermass die Dicke des Kallus bestimmt, sein allmähliches Verschwinden genau präzisirt; die Bewegungsfähigkeit der Extremität kann exakt festgestellt, die Arbeitsfähigkeit des Erkrankten danach bemessen werden. Hierfür genügt immer eine einmalige Untersuchung. Uebertreibung oder gar Simulation können ohne Weiteres an der Hand der objektiven Symptome nachgewiesen werden.

Anders bei Nervenkranken. Hier tritt dem Arzte meistens ein Heer von zunächst unkontrollirbaren rein subjektiven Beschwerden entgegen: Schmerzen hier und dort, Schwindel, Schwäche, Schlaflosigkeit, psychische Verstimmung u. s. w. Wie soll der Begutachter die Existenzberechtigung all dieser Erscheinungen bei einer einmaligen Untersuchung prüfen können! Dazu kommt noch, dass der von äusseren Einflüssen abhängige Nervenkranke durch die Untersuchung an und für

sich schon erregt ist, der ungewohnte Arzt ihm zunächst Misstrauen einflösst, und dass er — und das halte ich für einen sehr wichtigen Punkt — wenn er von auswärts kommt, durch die Eisenbahnfahrt oft angegriffen und erschöpft ist. Noch schwieriger ist die Beurtheilung von Unfallnervenkranken für den Sachverständigen vor dem Schiedsgericht für Arbeiterversicherung, wo neben all den angeführten Momenten auch noch das gerade für Leute mit niedrigerer Bildung so unangenehme Gefühl hinzukommt, vor Gericht zu stehen.

Alle diese Besonderheiten des Unfallnervenkranken erfordern daher in der Mehrzahl der Fälle eine genauere Beobachtung, bevor das endgiltige Gutachten über den Zustand und vor Allem über die Arbeitsfähigkeit abgegeben werden kann. Sie müssen beobachtet werden, losgelöst von den erwähnten äusseren Einflüssen, sie müssen ohne dieselben wiederholt untersucht werden können. Ueber diesen Punkt wird man sich wohl allgemein einig sein. Die Frage ist nur, wo diese Beobachtung am zweckmässigsten erfolgen soll?

Die Antwort ist zunächst sehr leicht: in einer Klinik oder einer Heilanstalt überhaupt. Aber in welcher Klinik?

In Frage kommen hier zunächst die psychiatrischen, mit einer Nervenabtheilung verbundenen Universitätskliniken, beides immer mit einander vereinigt, denn besondere Universitätsnervenkliniken mit Ausschluss von Geisteskrankheiten giebt es bis jetzt noch nicht. In der Mehrzahl der Fälle werden auch die Unfallnervenkranken in diese Anstalten gewiesen. Der unleugbare Nachtheil liegt aber darin, dass sie hier zusammen mit Geisteskranken sind, wenn auch vielleicht nicht räumlich, so doch ideell. Die tief — leider Gottes! — in dem Publikum wurzelnde Abneigung gegen die „Irrenklinik“ macht sich bei den Unfallverletzten, die oft gegen ihren Willen in die Anstalt eingewiesen werden, erst recht bemerkbar. „Ich bin nicht verrückt“, hört man immer und immer wieder sagen.

Immerhin werden die Berufsgenossenschaften eine grosse Anzahl Unfallnervenkranker solchen staatlichen Instituten überweisen, die ihnen die Garantie bieten, dass sie, unter der Leitung wissenschaftlich hochstehender Männer stehend, eine gute Beobachtung und ein wissenschaftlich gut fundirtes Gutachten ermöglichen. Ob sich die Unfallnervenkranken in den psychiatrischen Kliniken immer alle wohl fühlen, darüber Untersuchungen anzustellen ist nicht meines Amtes, ebensowenig, wie ich die Frage hier berühren möchte, ob nicht eventuell der Aufenthalt in einer unter allen Umständen psychopathisch geschwängerten Luft auf eine neuropathische Anlage ungünstig einwirken kann. Dass im Gegenseitze hierzu thatsächliche Geistesstörungen im Anschluss an einen Unfall nur in eine psychiatrische Klinik gehören, braucht wohl nicht erst betont zu werden.

Die Neuropathologie ist heutigen Tages ein Stiefkind insofern, als sie keine rechte Heimath hat. Sie wird von zwei Seiten aus als Eigenthum reklamirt: von der Psychiatrie und von der inneren Medizin. Beide betrachten sie als Tochter und machen ihre Elternrechte geltend. Man könnte daher den erwähnten Nachtheilen der Irrenklinik entgegen und die Unfallnervenkranken auf die innere Abtheilung eines allgemeinen Krankenhauses legen. Ganz gewiss hat auch diese Art der Beobachtung in vielen Fällen ihre Berechtigung. Nur darf die Abtheilung nicht zu gross sein, weil sonst die genaue Beobachtung der Patienten nicht möglich ist. Unsere grossen Krankenhäuser aber, die unter der Leitung wissenschaftlich hochstehender Aerzte stehen, haben andere Aufgaben genug zu erfüllen, als sich der Beobachtung der schwierigen Unfallnervenkranken zu widmen, und hält man eine Umfrage unter den Direktoren, so wird man immer wieder hören, dass sie

einen derartigen Zuwachs ihrer Patienten nur ungern sehen, da ihnen neben der Beobachtung auch noch die mühsame und zeitraubende Pflicht der Begutachtung derselben obliegt.

Eine dritte Möglichkeit ist die, dass man die Patienten in Privatanstalten für Nervenranke legt. In der That ist dieser Weg vielfach beschritten worden und wird immer wieder beschritten werden. Besonders erst in der Entwicklung begriffene Sanatorien begrüßen zunächst mit Freude die Unfallpatienten als erste Gäste. Aber einestheils fühlen sich erfahrungsmässig die Patienten selbst in diesen immer mit einer gewissen Eleganz und Komfort eingerichteten Häusern nie recht wohl, sie sind das „Milieu“ nicht gewöhnt, und anderntheils pflegen naturgemäss die Unfallpatienten später, wenn sich das Sanatorium allmählich mit Patienten aus den Kreisen, auf die es berechnet ist, füllt, etwas zurückgedrängt zu werden, denn auch der Leiter hat dann nicht mehr die genügende Zeit, sich um sie zu kümmern und betrachtet die Begutachtung als eine unwillkommene Vermehrung seiner Arbeitslast. Auch die pekuniäre Frage wird nicht zu umgehen sein: der Besitzer einer Privatheilanstalt kann unmöglich mit dem Satze, den die Berufsgenossenschaften zahlen können, auskommen, ohne finanziellen Schaden zu erleiden. Ein Ausweg, der neuerdings von einigen Seiten aus eingeschlagen worden ist, besteht darin, das eine zweite Klasse für Minderbemittelte und berufsgenossenschaftliche Patienten gegründet wird, welche von den anderen Insassen räumlich getrennt, in anderer Weise wirthschaftlich verwaltet wird. Inwieweit hierbei die nothwendige Beobachtungsmöglichkeit vorhanden ist, hängt von der Eigenthümlichkeit der betreffenden Anstalt ab.

Bisher ist nur auf die Beobachtung Rücksicht genommen worden, welche der Begutachtung als Grundlage dienen soll. Es liegt auf der Hand, dass die oben erwähnten Eigenthümlichkeiten der Unfallnervenranke auch der Behandlung dieselben Schwierigkeiten entgegenstellen, wie die Begutachtung. Alle die Ausführungen über die Nachtheile der verschiedenen Kategorieen von Kliniken werden daher auch dann in Frage kommen, wenn es sich um Unterbringung eines Unfallnervenranke zur Behandlung in eine Anstalt handelt. Doch wird hierüber später noch besonders zu reden sein. Den Hauptpunkt wird immer die Beobachtung bilden.

Ich komme nun zu dem Kernpunkte meiner Ausführungen:

Man kann nämlich allen Schwierigkeiten aus dem Wege gehen, wenn die Berufsgenossenschaften selbst die Gründung eigener Unfallnervenkliniken in die Hand nehmen. Diese Kliniken müssen aber, wenn sie ihren Zweck erreichen wollen, folgenden Anforderungen genügen:

1. Sie dürfen ausschliesslich Unfallnervenranke aufnehmen unter Ausschluss von Geistesranke.
2. Sie müssen in einer Weise hergerichtet sein, wie sie den Lebensgewohnheiten des Arbeiters entspricht, in Bezug auf Wohnung, auf Kleidung, auf Essen.
3. Sie müssen die Möglichkeit der unausgesetzten, zum Theil von den Patienten unbemerkten Beobachtung besitzen.
4. Sie müssen zum Zwecke der Beobachtung und Behandlung auf dem Prinzip der Arbeitsgelegenheit basirt sein.
5. Sie dürfen eine bestimmte Zahl von Patienten, etwa 30–40, nicht überschreiten.
6. Sie müssen mit allen modernen wissenschaftlichen Hilfsmitteln zur Untersuchung und Behandlung der Patienten versehen sein.
7. Der leitende Arzt muss finanziell an der Anstalt un-

betheiligt sein! Die Gründe für diese Forderung liegen so auf der Hand, dass ich mir eine weitere Ausführung derselben wohl ersparen kann!

Auf Grund dieser Prinzipien ist nun das „Hermann-Haus“ entstanden, das von der Sächsischen Baugewerks-Berufsgenossenschaft gegründet, seit dem 1. Juli 1900 in Stötteritz bei Leipzig besteht und über dessen Einrichtung und bisherige zweijährige Wirksamkeit ich im Folgenden einen Bericht geben möchte. Die Anstalt steht für alle Berufsgenossenschaften, Schiedsgerichte, Ausführungsbehörden u. s. w. offen.

Für die Anstalt ist ein Haus käuflich erworben worden, das sich in vortrefflicher Weise zu den Zwecken der Unfallnervenklinik einrichten liess, einen grossen Garten hat und ausserdem durch seine Lage in einem fernen Vororte Leipzigs Garantie für bessere Luft und grössere Ruhe bietet, als es in der Grossstadt selbst möglich wäre. Der Garten stösst unmittelbar an weite Felder, diese wieder verlieren sich, ohne dass Häuser unmittelbar in der Nähe wären, in das grosse Terrain der Leipziger Völkerschlacht. Das Haus, an zwei Strassenbahnlinien gelegen, ist leicht von der Stadt und den Bahnhöfen aus zu erreichen und wird auf diese Weise doch der Segnungen der Grossstadt theilhaftig.

Die Klinik ist für 40 Patienten eingerichtet. Wir haben bereits als Maximum die Belegzahl von 37 Patienten gehabt, müssen aber auf Grund unserer Erfahrungen sagen, dass im Interesse einer genaueren Beobachtung die Zahl 25, höchstens 30 als Durchschnitt nicht überschritten werden sollte.

Die Einrichtung ist eine den Gewohnheiten der Insassen durchaus entsprechende, keine „schwellenden“ Polstermöbel und Teppiche, sondern freundliche helle Schlafzimmer mit einfachen Feldbetten und guten Matratzen, ein grosser Speisesaal, ein Kasino mit allerhand Zerstreungsmitteln, Bildern, Büchern, Spielen, im Garten eine Kegelbahn. Die Kost ist, wie aus der am Ende dieser Mittheilung angefügten Kostordnung zu ersehen ist, einfach aber kräftig, sie ist sicher weit besser, als sie der Arbeiter sich zu Hause bieten kann, ohne aber auf Feinheiten oder Raffinements einzugehen, wie wir sie gewiss in Nervenheilanstalten für Patienten höherer Stände den Lebensgewohnheiten ihrer Patienten entsprechend, zu verlangen berechtigt sind. Die fast ausschliesslich nachzuweisende, oft ganz immense Gewichtszunahme unserer Patienten beweist jedenfalls, dass die Kost ihnen genehm ist.

In Bezug auf Getränk besteht völlige Alkoholabstinenz. Ich halte dies für eine sehr wichtige Bedingung für eine einwandfreie Beobachtung. Denn erstens gelingt es auf diese Weise, manche Symptome als auf einem Alkoholabusus beruhend zu erkennen — und dass gerade bei uns in Mitteleuropa der Schnapsgenuss eine so unheilvolle Rolle spielt, ist eine nur zu wahre Thatsache! —, und zweitens dient die Alkoholabstinenz als werthvolles Unterstützungsmittel für die Behandlung von Unfallnervenranke. Unsere Patienten haben sammt und sonders die Abstinenz gut ertragen. Schwere Entziehungserscheinungen haben wir niemals beobachtet, einige Symptome dieser Art in den ersten Tagen kamen zwar häufiger vor, konnten aber immer bekämpft werden. Ich bin wegen der Einführung der Alkoholabstinenz vielfach angegriffen worden, nicht nur von Laien, sondern auch von Aerzten, bleibe aber doch auf meinem Standpunkte stehen, den ich für den richtigen halte. Die Patienten begrüßen selbstredend die Alkoholentziehung mitunter nicht gerade mit Freude, es werden von solchen, die schon in anderen Anstalten waren, in denen regelmässig alkoholische Getränke verabreicht werden, Vergleiche gezogen, die natürlich zu Ungunsten des Hermann-Hauses ausfallen mussten. Aber die Alkoholabstinenz ist auch

nur ein Theil der gewissen Disziplin, die in einer Anstalt wie der unsrigen durchaus herrschen muss, und in einer Privatanstalt aus begreiflichen Gründen in dieser Weise niemals herrschen kann und schliesslich finden sich auch unsere Patienten gutwillig in das Verbot.

Ausserdem ist das Verbot des Nikotingenusses eingeführt. Ich gebe zu, dass es gewiss einer Reihe von Patienten keinen Schaden bringen kann, wenn sie in mässiger Menge Zigarren oder Pfeifen rauchten. Anderen wieder wird man es verbieten müssen. Hier ist ein Mittelweg schwer einzuschlagen und so ziehe ich doch die gleichmässige Nikotinabstinenz vor. Toleranter sind wir bei Schnupfern und gelegentlich auch bei Priemern, obwohl beide Gewohnheiten auch nur selten bei uns vorkommen.

Die Patienten erhalten eigene Anstaltskleidung, welche, in gefälliger Art ausgeführt, auch den Verhältnissen der Jahreszeit durch die Möglichkeit des Wechsels Rechnung trägt. Ich erblicke in dieser uniformirenden Kleidung ein gewisses Mittel zur Unterstützung der Disziplin, abgesehen von den oft sehr ins Gewicht fallenden reinen Zweckmässigkeitsgründen.

Aufgenommen werden nur Nervenranke unter Ausschluss von Geisteskrankheiten. Selbstredend lassen sich manche Uebergangszustände — Paralysen, Epilepsie etc. — nicht ganz ausschliessen, für diese Fälle ist ein besonderes Isolirzimmer vorgesehen. Schwere Fälle von Psychosen, die während des Aufenthaltes unvorhergesehen auftreten, werden sofort verlegt.

Von sonstigen Einrichtungen sei noch erwähnt, dass ein Assistenzarzt dauernd in der Anstalt wohnt, also jeder Zeit bereit ist, Hilfe zu leisten, sowie die bei Krampfanfällen und anderen plötzlichen Ereignissen nothwendigen Beobachtungen anzustellen. Die Stellung des Assistenzartes in einer solchen Klinik ist selbstredend zur Ausbildung in Unfallskrankheiten mit dem ganzen damit zusammenhängendem Verwaltungs- und Aktenwesen ausserordentlich geeignet und ich hoffe auf diese Weise einen tüchtigen Stamm von Aerzten erziehen zu können, denen später in der Praxis die Begutachtung und Behandlung von Unfallnervenkranken keine Schwierigkeiten mehr bereitet. Die Patienten werden täglich einmal, soweit nöthig auch zweimal, zur Visite zusammengerufen, indem jeder einzeln in das dazu bestimmte Dienstzimmer tritt und hier Gelegenheit hat, sich über sein Befinden auszusprechen, untersucht und berathen zu werden. Der dirigirende Arzt ist selbstredend auch täglich in der Anstalt anwesend und hat die Verpflichtung, jeden Insassen genau zu untersuchen und im Laufe der Zeit ihn kennen zu lernen, ihm liegt dann nach der Entlassung die wichtige Pflicht ob, das abschliessende Gutachten auszustellen. Diese Gutachten werden mit grosser Ausführlichkeit und Genauigkeit unter peinlichstem Studium der Akten und Berücksichtigung der für Jeden genau geführten Krankengeschichte ausgestellt.

An Personal haben wir einen Ober- und einen Unterwärter, von denen der letztere in der zweiten Etage, in der die Schlafsäle liegen, schläft, um Nachts sofort zur Hand zu sein und den Arzt benachrichtigen zu können, wenn sich etwas Ausserordentliches ereignen sollte.

Die Patienten haben sich in den Schlafsälen nur Nachts aufzuhalten, abgesehen selbstredend von direkt bettlägerigen Kranken, am Tage sind sie im Kasino oder im Garten und im Hof.

Um schliesslich noch die finanzielle Seite zu berühren, hebe ich hervor, dass der dirigirende Arzt, entsprechend der oben aufgestellten Forderung, einen fixirten Gehalt bezieht

und im Uebrigen pekuniär unabhängig von der Berufsgenossenschaft ist. Die abschliessenden Entlassungsgutachten werden direkt von den betreffenden Genossenschaften an den ausstellenden Arzt honorirt.

Der Verpflegsatz beträgt pro Tag und Kopf M. 3,50, in welchen Preis Alles einbegriffen ist. Nebenausgaben bestehen in keiner Weise, höchstens für Rasiren und Haarschneiden, wofür der Betrag von uns einstweilen verlegt und von den Genossenschaften zurückerstattet wird.

Soweit die Einrichtungen der Klinik. Ich wende mich jetzt zu ihren Aufgaben.

Der Zweck der Klinik ist ein doppelter: sie soll eine genaue Beobachtung und eine entsprechende Behandlung von Unfallnervenkranken erzielen. Beides wird selbstredend oft mit einander vereinigt werden müssen.

Wenden wir uns zunächst zu der Beobachtung, deren Wichtigkeit eben ja genügend auseinandergesetzt worden ist.

Abgesehen von den immer wiederholten Untersuchungen der Patienten, die in aller Musse und Ruhe vorgenommen werden können, und für die wir mit allen wissenschaftlich nothwendigen Einrichtungen versehen sind, — ein noch vorhandenes *pium desiderium*, ein Röntgenkabinet, wird wohl auch mit der Zeit noch zur Verwirklichung gelangen! — bietet die besondere Einrichtung des Hauses reichliche Gelegenheit, unbemerkt sich von dem Thun und Treiben der Patienten zu überzeugen: von den Treppfenstern aus, von den Zimmern des Personals und der Aerzte liegt der Garten und der Hof immer vor Augen und ausserdem ermöglicht die Schulung des Personals auch eine fortlaufende Beobachtung der Einzelnen in den Zimmern selbst.

Vor Allem erreichen wir aber eine genaue Beobachtung durch eine ganz besondere Einrichtung, dadurch, dass die Leute zur Arbeit angehalten werden und zwar soweit dies durchgeführt werden kann, in eigens dazu bestimmten Arbeitsstunden. Einestheils werden die Patienten täglich mit Arbeiten in Haus, Keller, Hof und Garten beschäftigt. Gelegenheit dazu ist immer reichlich vorhanden und ausserdem werden die einzelnen je nach ihren Fähigkeiten und ihrer körperlichen Beschaffenheit zu bestimmten Arbeiten kommandirt: so haben wir einen Küchen-, einen Kohlen-, chef, einer hat die Bedienung des Motors, der das Wasser treibt, zu besorgen, einem anderen fällt die Reinigung der Tagesräume zu, wieder ein Anderer hat im Garten das Gemüse oder die Unkrautjätung unter sich und so wird Jedem ein zweckentsprechender Wirkungskreis geschaffen, bei dem er genau vom Personal und von den Aerzten beobachtet wird. Die regelmässige tägliche Registrierung der jeweiligen Arbeitsleistung durch den Oberwärter bildet eine werthvolle Grundlage für die Begutachtung.

Anderentheils haben wir aber auch richtige Werkstätten errichtet. In einigen Schuppen des Hofes befindet sich der Holzstall, wo regelmässig Holz, das wir von einer Firma in der Stadt erhalten, zerkleinert und aufgestapelt wird. Holzsägen und Holzhacken bilden sehr werthvolle Momente für die Beurtheilung der Arbeitsfähigkeit. Dann besitzen wir eine kleine Tischler- und eine kleine Schlosserwerkstatt und haben auch das Nöthigste zum Lackiren und Anstreichen. Alle Werkstätten sind mit den nothwendigsten Werkzeugen versehen. Als Gegenstände dienen vor Allem die zahlreichen Reparaturen an Mobiliar und im Hause selber, die bei einem grösseren Betriebe ja nie ausbleiben oder es werden direkt neue Sachen aus den von der Anstalt eingekauften Materialien gefertigt: Schränke, Stühle, Haken u. s. w. Selbstredend werden in den Werkstätten vorzugsweise diejenigen Verletzten beschäftigt, in deren Fach die betreffende Werkstatt gehört, indessen haben

wir schon manches „Universalgenie“ gehabt, das sich in allen Fächern bewandert zeigte!

Unsere Erfahrungen mit der Arbeitsthätigkeit sind durchaus gute. Nur ganz selten stiessen wir auf Widerstand und diesen konnten wir fast immer beseitigen durch freundliches, aber bestimmtes Hinweisen auf die Nothwendigkeit, uns Gelegenheit zu geben, uns von der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen. Wird schliesslich wirklich einmal absoluter passiver Widerstand entgegengesetzt, so verzichten wir auf die Arbeit, aber führen dann in dem Schlussgutachten dieses Moment als ein für den Kranken höchst ungünstiges Moment genügend ins Feld. Sehr oft konnten wir direkt ein Erwachen des Ehrgeizes erkennen, die Leute versuchten einander den Rang abzulaufen in ihren Fähigkeiten.

Vor Allem aber sind sie beschäftigt, und das ist eine grosse Hauptsache, denn die Gefahr der Langeweile und damit die Versuchung, auf unnütze Gedanken zu kommen, ist sicher vorhanden und darf nicht verkannt werden. Davon soll weiter unten noch die Rede sein.

Entgelt für die Arbeit haben wir nicht eingeführt. Ich halte die Bezahlung für ein zweischneidiges Schwert. Erstens, wer soll sie leisten? Der Genossenschaft kann man es nicht zumuthen! Zweitens wird durch das Geld nothwendiger Weise die Begehrlichkeit gesteigert und damit einem verderblichen Ehrgeiz Thür und Thor geöffnet. Wir haben auch noch niemals von Seiten der Verletzten den Gedanken auftauchen sehen, dass sie bezahlt werden wollten. Die Leistungen erfolgten immer auch ohne Entgelt genau so, als wenn sie für Lohn geschähen.

Die zweite Aufgabe der Klinik ist die direkte Behandlung der Patienten. Sie ist zunächst selbstredend oft von der Beobachtung gar nicht zu trennen, und bildet zum Theil ja direkt einen Theil der Beobachtung selber, indem man die Reaktion der Patienten auf die eingeschlagenen Heilmethoden studirt, vor Allem bei solchen, die einfach nicht geheilt werden wollen aus Furcht, die Rente könnte dadurch erheblich verkürzt werden. Ausserdem halten wir streng darauf, dass jedem Patienten, auch denjenigen, die nur zur Beobachtung eingewiesen sind, eine Behandlung irgend welcher Art zu theil wird, denn es ist den Leuten nicht klar zu machen, dass sie in einer Klinik nur zur Beobachtung sein können, ohne behandelt zu werden. Abgesehen davon haben wir aber auch immer eine Anzahl Patienten, die direkt zum Zwecke des Heilverfahrens uns zugeschickt worden sind. Für alle diese Fälle haben wir Einrichtungen, die uns die Behandlungen der Nervenkranken nach den Grundsätzen der modernen Therapie erlauben: Wasser, Elektrizität, Mechanothérapie, wenigstens soweit dieselbe für uns in Betracht kommt, Massage u. s. w., von der medikamentösen Behandlung, von der wir im Allgemeinen keinen grossen Gebrauch machen, ganz abgesehen.

Auch die beschriebenen Arbeitsgelegenheiten dienen selbstredend unmittelbar zur Behandlung. Bildet doch die körperliche Arbeit oft das beste Mittel, um gewisse hypochondrische Vorstellungen, eingewurzelte Vorurtheile u. s. w. zu bekämpfen und mit vollem Recht nimmt die Beschäftigungstherapie in dem Heilplan unserer Nervensanatorien einen immer grösseren Raum ein. Freilich darf bei unseren Unfallpatienten nicht die grosse Schwierigkeit übersehen werden, die in ihrem oft vorhandenen mangelhaften Willen liegt, überhaupt gesund zu werden, woran jede Therapie einfach scheitern muss! Davon wird am Schluss nochmals die Rede sein.

Noch ein Wort über die psychische Behandlung unserer Patienten. Ihre besonderen, oben genauer geschilderten Eigen thümlichkeiten bringen es mit sich, dass der Verkehr mit

ihnen öfters nicht ganz leicht ist. Hat man es doch bei den meisten mit Begehrungsvorstellungen zu thun, welche zur Uebertreibung von Beschwerden führen müssen. Die Schwierigkeit wächst noch dadurch, dass, wie oben erwähnt, die Beschwerden in der Mehrzahl der Fälle subjektiver Natur sind und eines objektiven Nachweises entbehren. Da ist es nicht immer ganz leicht, täglich dieselben Klagen anhören zu müssen, von deren Berechtigung man oft nicht überzeugt ist. Jedoch haben wir es uns zur Pflicht gemacht, allen Patienten mit gleichmässiger Freundlichkeit zu begegnen und auf jede ihrer Klagen einzugehen. Ich halte es nicht für richtig den Patienten gegenüber eine Kritik über die Berechtigung ihrer Klagen auszuüben. Das verstimmt sie genau so wie jeden Nervenkranken und sie verlieren sofort das Vertrauen zum Arzte, wenn sie sehen, dass derselbe ihnen ihre Beschwerden nicht glauben will. Die vielfachen Klagen werden angehört, registriert in den Krankengeschichten und finden ihre Verwendung erst in dem Schlussgutachten. Hier ist der Platz, eine Kritik an ihnen auszuüben. Im Allgemeinen können wir nur hervorheben, dass wir mit unseren Leuten immer sehr gut ausgekommen sind. Freilich kam es auch mitunter vor, dass direkte Unbotmässigkeiten und Widersetzlichkeiten eine sofortige Entlassung aus der Anstalt im Interesse der Disziplin nothwendig machten, indessen sind diese Fälle nur höchst vereinzelte gewesen. Auch sie bilden aber ein ganz werthvolles Moment in der Kette der Beobachtungen.

Soweit die Prinzipien und die Einrichtung der Anstalt. Ueber ihren Besuch in den ersten beiden Jahren ihres Bestehens giebt die folgende Tabelle Aufschluss:

Das „Hermann-Haus“ ist in den ersten beiden Jahren seines Bestehens mit 465 Patienten belegt gewesen, auf welche insgesamt 13 652 Verpflegungstage entfallen, durchschnittlich 29 pro Patient.

Die Belegzahl schwankte zwischen 3 und 37 als den beiden äussersten Extremen und betrug auf den Durchschnitt beider Jahre berechnet pro Tag 19.

Auf die einzelnen Monate vertheilen sich die Aufnahmen folgendermassen:

1900: Juli 15	1901: Juli 22
August 26	August 15
September 15	September 23
Oktober 29	Oktober 30
November 12	November 29
Dezember 8	Dezember 18
1901: Januar 15	1902: Januar 31
Februar 17	Februar 31
März 11	März 14
April 26	April 14
Mai 21	Mai 19
Juni 17	Juni 7

Zugewiesen haben:

1. Sächsische Baugewerks-Berufsgenossenschaft zu Dresden . . 86
2. Sächsisch-Thüringische Eisen- und Stahl-B.-G. zu Leipzig . 76
3. Schiedsgericht für Arbeiterversicherung zu Leipzig 54
4. Sektion II der Sächsischen Baugewerks-B.-G. zu Leipzig . . 51
5. Schiedsgericht für Arbeiterversicherung zu Chemnitz 15
6. Land- u. forstwirthsch. B.-G. f. d. Königr. Sachsen zu Dresden 9
7. Sektion II der Sächsischen Baugewerks-B.-G. zu Zwickau . 8
8. „ VII „ Knappschafts- „ „ „ „ 8
9. Zucker-Berufsgenossenschaft zu Magdeburg 7
10. Schiedsgericht für Arbeiterversicherung zu Dresden 7
11. „ „ „ „ „ Bautzen 6
12. Thüringische Landes-Versicherungsanstalt zu Weimar 6
13. Sektion I der Sächsischen Baugewerks-B.-G. zu Dresden . 6
14. „ VI „ „ „ „ „ „ Gera 6
15. Landes-Versicherungsanstalt Königreich Sachsen zu Dresden . 6
16. Schiedsgericht für Arbeiterversicherung zu Köln am Rhein . 6
17. Tiefbau-Berufsgenossenschaft zu Wilmersdorf bei Berlin . . 5

1. Frühstück um 6 $\frac{1}{2}$, resp. 7 $\frac{1}{2}$ Uhr,
2. Frühstück um 9 $\frac{1}{2}$ Uhr,
- Mittag um 12 $\frac{1}{2}$ Uhr,
- Vesper um 3 $\frac{1}{2}$ Uhr,
- Abendbrot um 7 $\frac{1}{2}$ Uhr.

Die Mahlzeiten werden gemeinschaftlich im Esssaal eingenommen; auf den Zimmern darf nur nach besonderer ärztlicher Bestimmung gegessen werden.

Nicht genossene Speisen dürfen nicht in den Zimmern, Oefen und dergl. aufbewahrt werden, sind vielmehr in die Küche zurückzugeben.

Um 9 Uhr hat sich jeder Kranke in sein Schlafzimmer zu begeben, um $\frac{1}{4}$ 10 Uhr ist in allen Krankenzimmern das Licht zu löschen.

8. Bei Nachts eintretenden plötzlichen Erkrankungen oder sonstigen Zufällen ist zunächst der im II. Stockwerk schlafende Wärter zu benachrichtigen.

9. Das Porto für die von den Kranken geschriebenen Briefe und dergl. trägt verlagsweise die Anstalt. Die Kranken haben sich mit Wünschen um Marken und dergl. an die Verwaltung zu wenden.

10. Alle Beschwerden sind beim Haus- oder Chefarzt anzubringen.

Kostordnung

Jeder ins „Hermann-Haus“ aufgenommene Kranke erhält täglich:

Zum 1. Frühstück: 10 Gramm Kaffee, 0,1 Liter Milch oder nur Milch nach ärztlicher Verordnung, 140 Gramm Semmel, 20 Gramm Butter und 20 Gramm Zucker.

Zum 2. Frühstück: 220 Gramm Brot, 20 Gramm Butter und 80 Gramm Wurst oder 80 Gramm kaltes Fleisch oder Bückling oder 80 Gramm Käse oder 2 gekochte Eier.

Mittags: Entweder 200 Gramm Rindfleisch oder 225 Gramm Schweinefleisch oder 250 Gramm Hammelfleisch, gekocht; 400 Gramm Spinat oder Kraut mit 300 Gramm Kartoffeln oder 200 Gramm Reis, Graupen oder Nudeln;

oder $\frac{1}{4}$ Liter Suppe, 200 Gramm Rindfleisch oder 225 Gramm Schweinefleisch oder 250 Gramm Kalb- oder Hammelfleisch, gebraten, oder 250 Gramm Fisch mit Sauce, 75 Gramm Hülsenfrüchten oder 300 Gramm Kartoffeln und 50 Gramm Kompot oder Salat;

in heissen Tagen $\frac{1}{4}$ Liter Fruchtilimonade.

Nachmittags: 10 Gramm Kaffee, 0,1 Liter Milch, oder nur Milch nach ärztlicher Verordnung, 140 Gramm Semmel oder 150 Gramm Brot, 20 Gramm Butter und 10 Gramm Zucker.

Abends: $\frac{1}{4}$ Liter Suppe, 200 Gramm Brot, 20 Gramm Butter und 125 Gramm Wurst oder 125 Gramm kaltes Fleisch oder 2 Eier und Gurke.

Der Schluss meiner Mittheilungen führt mich zu ihrem Anfange zurück. Ich habe Eingangs die Nothwendigkeit für die Begründung eigener Unfallnervenkliniken darzulegen versucht und den Weg gezeigt, den man gehen kann, und den wir gegangen sind. Dass die Gründung unserer Klinik von einem gewissen Erfolge bisher begleitet gewesen ist, geht wohl aus den eben mitgetheilten Zahlen und aus der geographischen Ausdehnung in Bezug auf die Heimath ihrer Insassen hervor. Immerhin bin ich mir vollkommen bewusst, dass die Sache zunächst ein Versuch ist, der der Unterstützung nicht nur der Berufsgenossenschaften, Schiedsgerichte u. s. w. bedarf, sondern auch vor Allem der Unterstützung Seitens der Kollegen. Und dieser letztere Punkt führt mich noch zu einer kurzen Betrachtung.

Es ist eine in den kollegialen Kreisen, welche viel mit Unfallsachen zu thun haben, weit verbreitete Ansicht, dass Unfallkliniken, wie die unsrige, nicht nur unnöthig, sondern sogar schädlich wären, weil sie eine Hochschule bildeten für die Hysterie und die Patienten sich gegenseitig nur ungünstig beeinflussten, von einander lernten u. s. w. Erst kürzlich hat noch Bruns in seiner sonst vorzüglichen Darstellung der

traumatischen Neurosen in Nothnagels Handbuch gesagt, — pag. 120 — „dass eine Krankenhausbehandlung in Fällen eingewurzelter Neurosen fast nie etwas nützt; mag das Krankenhaus auch mit den neuesten mechano-, hydro- und elektrotherapeutischen Einrichtungen versehen sein. Die Kranken werden hier meistens nur verstimmter und renitenter und lernen von anderen Unfallskranken allerhand Dinge, die ihnen besser verborgen bleiben; sie wollen ja gar nicht wieder gesund werden.“

Ich kann dieser Anschauung auf Grund meiner Erfahrungen nicht ganz beipflichten. Gewiss verkenne ich absolut nicht die grosse Gefahr, welche in der gegenwärtigen Beeinflussung der Kranken liegt. Dass dies der schwierigste Punkt ist, auf den bei der Leitung einer Unfallnervenklinik am meisten Acht gegeben werden muss, ist mir völlig klar. Aber ich bestreite, dass die Patienten in Unfallkliniken meist nur verstimmter und renitenter werden. Das kommt eben ganz auf die Art der Klinik an. In einem grossen Krankenhaus, sich selbst überlassen, ohne ein tägliches, persönliches Eingehen der Aerzte auf ihre Beschwerden, werden sie oft allerdings renitent und verstimmt. Aber deswegen trete ich eben gerade für die Gründung von Unfallnervenkliniken ein! Wenn, wie bei uns, die ganze Anstalt nur auf den einen Zweck zugeschnitten ist, wenn vor Allem das Prinzip der Arbeit hoch gehalten wird, glaube ich nicht, dass man den obigen Satz in seiner Allgemeinheit bestehen lassen darf. Ausnahmen wird es zwar immer geben. Dass ein böswilliger Mensch die ganzen Mitpatienten verderben kann, haben wir auch schon erfahren und es sind zum Theil schwere Tage gewesen, die wir in dieser Beziehung haben durchmachen müssen. Aber dann hilft immer die Entlassung des Betreffenden als Radikalmittel sofort und die Ruhe ist wieder hergestellt. Solche Fälle sind aber thatsächlich Ausnahmen. Ich wiederhole, dass die Renitenz bei uns zu den allergrössten Seltenheiten gehört. Dass ferner die Kranken von einander allerhand sehen und lernen, was sie dann zur Erhöhung ihrer Beschwerden benützen können, ist auch richtig, obwohl diese Furcht meiner Ansicht nach sehr übertrieben wird. Die geriebenen Unfallnervenkranke lernen bei jeder Untersuchung etwas, es giebt unter ihnen Meister ihres Faches, die nie in Anstalten gewesen sind, diese allein thun es also auch nicht. Und wenn schliesslich der Gründung von Unfallnervenkliniken entgegengehalten wird, dass die Kranken gar nicht gesund werden wollen, so ist das ja an und für sich eine recht traurige, wenn auch leider wahre Thatsache. Sie darf uns aber nicht abhalten, dafür zu sorgen, soweit es in dem Bereich menschlicher Macht überhaupt liegt, die Bedingungen zur Behandlung von Unfallnervenkranke so günstig als möglich zu gestalten.

Man unterschätze doch ja nicht die grossen Vortheile der klinischen Behandlung von Unfallnervenkranke, nicht nur für diese selbst, sondern auch für die Berufsgenossenschaften, denn auch für diese hat der Arzt zu sorgen! Nicht nur auf die Einrichtungen der Klinik kommt es an, massgebend ist vor Allem der psychische Einfluss eines ruhigen, gerecht denkenden Arztes! Dass oft das Resultat an dem mangelnden guten Willen scheitert, darf nicht muthlos machen. Der Nervenarzt lernt sehr früh Resignation in Bezug auf Heilerfolge, die an äusseren Umständen scheitern. Der Erfolg ist oft doch vorhanden, nur ist er ein indirekter.

Wir haben eine Reihe von Fällen beobachtet, in denen nach der Entlassung aus der Klinik bei bisheriger jahrelanger Arbeitsunthätigkeit doch wieder die Arbeit aufgenommen wurde, weil wir genau feststellen konnten, dass der Betreffende thatsächlich zur Arbeit bei uns fähig war und dies

in dem Gutachten unumwunden ausgesprochen hatten. Die Genossenschaft setzt daraufhin die Rente herab und der Verletzte, der nun gezwungen ist, sich wieder zu beschäftigen, ist auch wieder im Stande zu arbeiten! Wie wäre dieses Resultat auf andere Weise erzielt worden als durch die Beobachtung in einer direkt den Unfallzwecken dienenden Klinik mit ihren Einrichtungen! Es kommt also immer auf die Art der Klinik an. Man lasse daher das alte Vorurtheil fahren, dass Unfallnervenkliniken schlechte Einflüsse auf ihre Insassen haben müssten. Zu meiner Freude hat Laquer neuerdings (Therapie der Gegenwart, Juni 1902) versucht, unter direktem Hinweis auf das Hermann-Haus dieser Ansicht etwas entgegengetreten. Versuche man es doch mal mit einer Reihe derartiger Gründungen. Der Anfang ist gemacht; wir betrachten uns gern als Pioniere und wollen den Pfad suchen helfen! Dazu bedürfen wir aber der dauernden Unterstützung der Kollegen, besonders derjenigen, welche ein gewichtiges Wort mitzureden haben durch ihre Gutachten und ihren Einfluss auf die Berufsgenossenschaften. Sollte es mir gelingen sein, die noch unseren Zwecken fernstehenden Kreise wenigstens für die Begründung besonderer Unfallnervenkliniken im Allgemeinen und für unser Hermann-Haus im Speziellen etwas interessirt zu haben, so würde ich das als das Ziel betrachten, das ich mit meinen Ausführungen erreichen wollte.

Ueber das Verhältniss zwischen richterlicher Entmündigung und polizeilicher Unschädlichmachung von partiell Verrückten mit Verfolgungswahn.

Von

Professor **Rieger**-Würzburg.

(Schluss.)

Das zweite Gutachten, das über den Lehrer, ist folgendes:

Die gestellte Frage muss in folgende Unterfragen zerlegt werden:

Erstens: Ist S. überhaupt geisteskrank? oder geisteschwach?

Falls diese Frage verneint werden müsste, so wäre eine weitere Frage gegenstandslos.

Falls sie aber bejaht werden müsste, so wäre die weitere Frage:

Zweitens: Ist diese Geisteskrankheit oder Geistesschwäche auch derart, dass S. deswegen seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag?

Zu der ersten Frage ist Folgendes zu sagen:

Es dürfte keinem Zweifel unterliegen, dass in der ganzen Welt, immer wenn S. von einem sachverständigen Irrenarzt begutachtet würde, ein solcher sich dahin ausspräche:

Er leide an Paranoia in der Form des Verfolgungswahns.

Auch ich kann zu keinem andern Ergebniss kommen. Es ist für einen Sachverständigen unmöglich, dasjenige, was in dem Akt enthalten ist, und dasjenige, was er mir direkt erzählt hat, anders aufzufassen als so:

dass seine Klagen, über Bürgermeister, Pfarrer u. s. f., die Klagen eines Menschen seien, der von den Ideen des Verfolgungswahns beherrscht wird. Ueber diesen Punkt besteht so völlige Uebereinstimmung in allen den Aktenstücken, welche in Betracht kommen, dass eine weitere ausführliche Begründung überflüssig ist. Dass er aus diesem Grunde im Oktober 1900 zwangsweise pensionirt worden ist, dies wird

gleichfalls von jedem Sachverständigen als eine, durchaus gerechtfertigte und dringend gebotene, Massregel bezeichnet werden müssen. Denn ein paranoischer Lehrer mit Verfolgungswahnideen ist geradezu eine öffentliche Gefahr für die Schule. Ebenso werden auch alle sachverständigen Beurtheiler darin übereinstimmen, dass, wenn er, in unmittelbarer kausaler Abhängigkeit von seinem Verfolgungswahn, Beleidigungen und Drohungen ausstösst, in dieser kriminalistischen Hinsicht § 51 Str. G. B. auf ihn Anwendung finden muss, in welcher Weise auch thatsächlich verfahren worden ist.

Es wäre etwas Anderes, wenn er Delikte begangen hätte, die mit seinem Verfolgungswahn nicht in einem kausalen Zusammenhang stünden. Von solchen ist jedoch in dem Akt keine Spur zu finden. Es muss dieser Punkt aber deshalb hervorgehoben werden, weil er kein solcher Geisteskranker ist, bei dem, wegen völligen Mangels der subjektiven Voraussetzungen eines strafrechtlichen Verfahrens, — überhaupt und von vornherein klar sein müsste: dass er niemals Objekt der Kriminal-Justiz sein könnte. Seine Geisteskrankheit ist vielmehr in wesentlichem Grade partieller Natur; und wenn er z. B. ein Eigenthums-, Sittlichkeits- und dergleichen Delikt begangen hätte, von welchem man sagen müsste: dass eine kausale Beziehung zu seinem Verfolgungswahn nicht behauptet werden könnte; so könnte in diesem Fall die Frage der Anwendbarkeit des § 51 Str. G. B. wohl auch verneint werden. Wie gesagt, stand aber Derartiges bei ihm nie in Frage. Sondern er ist im Uebrigen durchaus nicht kriminell geworden; und die Konflikte, in die er mit dem Strafgesetz gerathen ist, sind ausschliesslich solche, dass sie gesetzt werden müssen in unmittelbare kausale Abhängigkeit von seinem Verfolgungswahn; nämlich lediglich Beleidigungen und Drohungen gegen diejenigen, die er, vermöge seines Verfolgungswahnes, für seine Feinde, für Meineidige u. s. w. hält.

Gegen die Auffassung: dass er an Paranoia mit Verfolgungswahn leidet, welche Auffassung durch den ganzen übrigen Akteninhalt und alle bisherigen ärztlichen Aussagen auf das Stärkste gestützt wird, können die Aussagen derjenigen Zeugen, welche ihn für geistig gesund erklären, nicht in das Gewicht fallen. Denn durch diese Aussagen wird lediglich bewiesen, was auch so schon selbstverständlich ist: dass er an bloß partieller Verrücktheit leidet; und dass er, insoweit als sein Verfolgungswahn nicht in Betracht kommt, ein ganz intelligenter Mann ist.

Wenn also der Zeuge A. unter Eid sagt:

„Ich kann über seinen Geisteszustand, trotzdem ich Nachbar von ihm bin, nichts angeben“;

so braucht man nicht nothwendiger Weise anzunehmen, dass diese beeidigte Zeugenaussage lediglich zu halten wäre für eine solche, in welcher die Hauptsache, etwa aus Angst vor dem gefährlichen Nachbar S., wissentlich verschwiegen wäre. Sondern der Nachbar kann in der That von seiner partiellen Verrücktheit nichts gemerkt haben. Und dies ist um so eher möglich, weil der Zeuge sagt:

„Mein Verkehr mit ihm hat sich bis jetzt auf die üblichen Begrüssungen und kurze Worte beschränkt.“

Ganz das Gleiche gilt von der Zeugenaussage des Nachbarn J., die gleichfalls unter Eid geschehen ist. Auch dieser sagt:

„Ich bin sein Nachbar, aber ich habe mich nie länger mit ihm unterhalten. Ich habe ihn immer für ganz vernünftig gehalten.“

Durch alle solche Aussagen wird lediglich bewiesen, was auch sonst schon zweifellos ist: dass er, im Allgemeinen und in seinem ganzen Benehmen, nicht den Eindruck eines Geisteskranken macht; und dass auch seine Intelligenz, so weit sie nicht von seinem Verfolgungswahn gestört wird, eine normale

ist. Und deshalb kann auch der beeidigte Zeuge P. bona fide die Aussage gemacht haben:

„Ich bin häufiger mit ihm zusammengetroffen, kann aber nicht sagen, dass ich aus seinen Gesprächen entnommen hätte, dass sein Geisteszustand nicht normal wäre.“

Auch allen übrigen Zeugenaussagen kann ich, bei kritischer Erwägung aller Umstände, nichts Anderes entnehmen als dieses: dass er immer dann für geistig gesund gehalten werden kann, wenn sein Verfolgungswahn sich nicht äussert. Und dies steht völlig im Einklang mit den Beobachtungen, die ich selbst an ihm gemacht habe während der 14 Tage seines Aufenthaltes in meiner Klinik. Während dieser Zeit hat er, bei eingehenden Besprechungen, stets in gleicher Weise seine Verfolgungs-Wahnideen geäussert gegenüber von dem Bürgermeister und dem Pfarrer. Er hat sich auch schriftlich darüber geäussert, dass dies seine Feinde seien, und dass sie ihn immer verfolgt haben. In diesem Punkte ist er unzugänglich gegen jeden Einwand; und wie einerseits nach dem Akteninhalt offenbar und zweifellos ist, dass diese Ideen von Feindschaft und Verfolgung lediglich auf einer Fälschung der Wirklichkeit beruhen, dass thatsächlich ihn Niemand verfolgt hat; so kann andererseits wohl auch nicht daran gezweifelt werden, dass es sich handelt um die krankhaften Einbildungen eines Paranoischen, und nicht etwa blos um bewusste lügnerische Behauptungen eines geistig gesunden Menschen. Abgesehen von diesen Verfolgungs-Wahnideen hat er sich aber durchaus verständlich gezeigt. —

Ich beantworte deshalb die erste Frage:

Ist er überhaupt geisteskrank? oder geistesschwach? in Uebereinstimmung mit dem ganzen Akteninhalt und mit allen bisherigen ärztlichen Aussagen, dahin: dass er an unheilbarer lebenslänglicher Paranoia in Form des Verfolgungswahns leidet; und dass dieser Zustand eine Geisteskrankheit ist, nicht als Geisteschwäche bezeichnet werden kann.

In Bezug auf die zweite Frage:

Ist diese seine Paranoia derart, dass er deswegen seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag? habe ich Folgendes zu sagen:

Nach dem Akteninhalt mit seinen beschworenen Zeugenaussagen kann kein Zweifel darüber bestehen, dass er den Pfarrer und Bürgermeister in einer sehr lästigen und störenden Weise fortgesetzt beleidigt hat; dass diese Beleidigungen direkte Ausflüsse seines Verfolgungswahns sind, und dass sie deshalb, wie ich schon zu Frage 1 auseinandergesetzt habe, nicht kriminalistisch behandelt werden können, indem § 51 Str. G. B. auf sie Anwendung finden muss. Es ist deshalb sehr begreiflich, dass der Bürgermeister in seinem Strafantrag am Schlusse sagt:

„Wenn sein geistiger Zustand eine Bestrafung ausschliesst, so bitte ich, anderweitige geeignete Massregeln zu unserem Schutze veranlassen zu wollen.“

Dass, nach den wüsten Schimpfszenen, welche er herbeigeführt hatte, der Bürgermeister nicht nur das Recht sondern geradezu die Pflicht hatte, zur Verhütung weiteren Aergernisses Schutzmassregeln zu beantragen; dies muss, auch vom Standpunkt des psychiatrischen Sachverständigen aus, entschieden bejaht werden.

Der Bericht des Bürgermeisters war an die Staatsanwaltschaft gerichtet, was ja auch deshalb ganz sachgemäss war, weil es sich, in erster Linie und bis auf Weiteres, um einen Strafantrag, also um eine Angelegenheit des Gerichts und nicht der Verwaltung gehandelt hat. Der Bericht des Bürgermeisters hatte aber zuerst die vorgesetzte Verwaltungsbehörde zu passiren (wohl auch mit Bezug auf § 196 Str. G. B.); und

hiebei kam folgende Aeusserung des Landrathsamtes, in einer Marginalnote an die Staatsanwaltschaft, zu den Akten:

„Seine Verurtheilung und Bestrafung erscheint ziemlich zweifelhaft, zumal wohl auch schon seine Begnadigung von der seiner Zeit wegen Misshandlung von Schulkindern gegen ihn erkannten Freiheitsstrafe u. A. im Hinblick auf seine geistige Unzurechnungsfähigkeit erfolgt sein dürfte.“

Ferner:

„Ich würde bitten, auf Grund des vorliegenden Materials die Entmündigung des Beschuldigten gemäss § 646 Abs. 2. C. P. O. zu beantragen, damit alsdann eventuell im polizeilichen Zwangswege seine Unterbringung in einer Irrenanstalt herbeigeführt werden kann, da es jedenfalls das öffentliche Interesse dringend erfordert, den Kranken, dessen Zustand sich immer mehr verschlimmert und dessen Verhalten schon jetzt als gemeingefährlich bezeichnet werden muss, auf irgend eine Weise unschädlich zu machen.“

Auf Grund der weiteren Beweiserhebungen stellte dann in der That die Staatsanwaltschaft den Antrag auf Entmündigung. Als Gründe des Antrages sind angeführt:

„Der Kranke ist ein chronisch verrückter Mensch, er beurtheilt seine Umgebung nur in ihm feindlichem Sinne und liegt ganz im Bann von Verfolgungswahnideen. Eine Heilung scheint ausgeschlossen.“

Ich bin der Ansicht, dass durch diese Sätze im Wesentlichen der Thatbestand richtig ausgedrückt ist. Statt: „Liegt ganz im Banne von Verfolgungswahnideen —“ wäre allerdings die Formulierung sachgemässer: er sei, insoweit der Verfolgungswahn sein Denken beeinflusse, am normalen Denken gehindert; dagegen sei seine Intelligenz nicht beeinträchtigt, insoweit als der Verfolgungswahn ausser Wirkung bleibe. — In Bezug auf den Inhalt des Schlusssatzes:

„Eine Heilung scheint ausgeschlossen.“

kann ich mit grosser Bestimmtheit, auf Grund meiner irrenärztlichen Erfahrung, erklären: dass sein Verfolgungswahn ein, im Wesentlichen unveränderlicher und lebenslänglicher, Zustand ist. Er kann wohl in seinen Aeusserungen zeitweise etwas weniger störend auftreten, als er in den letzten Jahren aufgetreten ist. Aber im Stillen wird S. jedenfalls bis zu seinem Tode an seinem Verfolgungswahn festhalten. — Es kann deshalb, auch von Seiten des psychiatrischen Sachverständigen, nur als vollkommen zutreffend anerkannt werden, dass der staatsanwaltschaftliche Antrag von der Voraussetzung ausgeht: es handle sich um eine lebenslängliche Geisteskrankheit. Auch meine nachfolgenden Erörterungen stehen auf der gleichen Grundlage wie der staatsanwaltschaftliche Antrag und wie die oben wörtlich angeführten Sätze aus der Marginalnote des Landrathsamtes. In Frage steht also nur: ob auch ich zu dem Ergebniss komme, dass der paranoische S., im Sinne der Bestimmung des Bürgerlichen Gesetzbuches, „seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag?“

Weil es sich ausschliesslich darum handelt: ob der Wortlaut dieser Gesetzesbestimmung auf ihn zutrifft? oder nicht? so muss die Bedeutung dieser Worte auf das Sorgfältigste geprüft werden hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf seinen Geisteszustand.

In dieser Hinsicht habe ich nun zunächst Folgendes zu sagen:

Wenn es in der Marginalnote des Landrathsamtes heisst: das öffentliche Interesse erfordere dringend, ihn „auf irgend eine Weise“ unschädlich zu machen; so dürfte diese Auffassung völlig berechtigt gewesen sein, nachdem er sich wiederholt in einer Weise benommen hatte, auf welche zum Mindesten der Begriff der Erregung öffentlichen Aergernisses zutrifft und sogar vielleicht auch der der Gemeingefährlichkeit in Bezug auf Angriffe gegen seine vermeintlichen Feinde. Auch darin kann ich also, auf Grund meiner psy-

chiatrischen Erfahrung, mich völlig einverstanden erklären mit der Auffassung des Landrathsamts: dass für dieses, als der Polizeibehörde, genügender Anlass vorhanden war zu der Erwägung, dass er „auf irgend eine Weise unschädlich gemacht werden sollte.“ —

Von hier ab ist aber meine Auffassung eine andere als die des Landrathsamtes und als die des staatsanwaltschaftlichen Antrags. Die Anregung dazu, dass die Staatsanwaltschaft, im Sinne von § 646 Abs. 2 C. P. O., später thatsächlich den Entmündigungsantrag gestellt hat, ist gegeben worden in folgenden Worten (s. oben S. 397): es möge Entmündigung beantragt werden:

„Damit alsdann eventuell im polizeilichen Zwangswege seine Unterbringung in einer Irrenanstalt herbeigeführt werden kann.“

Ich kann nun nicht umhin, gegen diese Auffassung des Verhältnisses von polizeilicher Unschädlichmachung und richterlicher Entmündigung die stärksten Bedenken zu äussern. Als ich diese Worte zuerst las, habe ich mich vor Allem darüber gewundert, dass eine preussische Behörde sich in dieser Weise ausgesprochen hat. Denn gerade der Erlass des Preussischen Justiz-Ministeriums vom 28. November 1899 sagt ausdrücklich:

„Aus einem anderen als dem in § 6, Z. 1 B. G. B. bezeichneten Grunde darf die Entmündigung nicht erfolgen, insbesondere nicht lediglich aus polizeilichen Rücksichten oder im ausschliesslichen Interesse anderer Personen.“

Da nun die Aeusserung des Landrathsamtes (und vom Standpunkt der polizeilichen Verpflichtung, Schaden zu verhüten, mit vollem Recht) nur Gründe der polizeilichen Rücksichten und des Interesses anderer Personen angeführt hat; so wird nicht in Abrede gestellt werden können, dass die Schlussfolgerung von dieser, durchaus sachgemässen, Voraussetzung auf den Vorschlag der Entmündigung in zweifellosem Widerspruch steht mit dem zitierten Satz des Erlasses des Preussischen Justiz-Ministeriums. Auch die Staatsanwaltschaft hat sich nicht abhalten lassen, trotz jenes Erlasses, den Antrag zu stellen; und es liegt, selbstverständlicher Weise, völlig ausserhalb meiner Kompetenz zu beurtheilen: inwieweit die Thätigkeit der Staatsanwaltschaft durch derartige Ministerial-Erlasse gebunden ist? Ich war meinerseits nur verpflichtet, jenen Erlass anzuführen, deshalb, weil er der Auffassung eine gewichtige Stütze verleiht, dass Entmündigung und polizeiliches Eingreifen sorgfältig zu trennen sind. — Diese Auffassung steht auch völlig im Einklang mit folgender Entscheidung des Reichsgerichts.

Es folgt das, was schon in voriger Nummer (S. 369, Sp. 1) abgedruckt ist.

Ferner kann ich noch folgende Sätze aus einem bayerischen Ministerial-Erlass anführen.

Es folgt, was ebenfalls in voriger Nummer (S. 369, Sp. 2) abgedruckt ist.

In Anwendung auf den vorliegenden Fall ergeben sich aus dem Erörterten folgende Konsequenzen:

Von Geisteschwäche kann bei S. auf keinen Fall die Rede sein in dem Sinne, dass er der Hilfe eines Vormundes deshalb bedürfte, weil es ihm selbst mangelte an dem Maass von Intelligenz, welches nothwendig ist zu selbständiger Lebensführung.

Es kann sich also nur darum handeln: ob er in Folge seiner Geisteskrankheit seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag? Dass er, der niemals verheirathet war und immer allein für sich zu sorgen hatte, bisher in pekuniärer Hinsicht etwas Verkehrtes gemacht hätte, wird nirgends behauptet. Die Gefahr, dass, wenn er nicht entmündigt würde, er in Zukunft dieses thun könnte, ist gleichfalls eine ganz entfernte. Und, auch abgesehen von den blossen Geldange-

legenheiten, führt er ein geordnetes Leben; ich habe auch keine Aktenstücke entdecken können, in welchen irgend Etwas sich fände von einer Behauptung in dem Sinne: er habe die Vormundschaft über die Kinder seiner verwittweten Schwester schlecht geführt. Wenn er jetzt entmündigt würde, so wäre eine selbstverständliche Konsequenz davon: dass ihm sofort diese Vormundschaft entzogen werden müsste. Nun hat mir aber sein ältester Neffe, der selbst schon als Lehrer angestellt ist, Folgendes geschrieben:

„Meine Mutter und auch ich sind der Meinung und der Ueberzeugung, dass mein Onkel geistig gesund ist. Seit meinem 12. Lebensjahre habe ich mit meinem Onkel zusammen gelebt. Nie habe ich an ihm Etwas gemerkt, was darauf schliessen liesse, dass er geisteskrank sei. Manche Männer, mit denen ich zufällig mal zusammen kam, erklärten mir auch, wenn das Gespräch auf meinen Onkel kam: sie hätten nie an meinem Onkel Etwas wahrgenommen, was darauf schliessen liesse, dass er geisteskrank sei. Diese Männer haben öfter mit ihm verkehrt und hatten Kinder bei ihm in der Schule. Sie dürfen sich wohl auch ein Urtheil darüber erlauben, da es geistige und verständige Leute sind. Sie hielten ihn auch nicht für geisteskrank, kamen sie doch und holten sich bei ihm Rath, was man doch sicher nicht bei einem Geisteskranken zu thun pflegt. Was die Entmündigung meines Onkels angeht, so halte ich die für nicht gerechtfertigt. Falls die Entmündigung vom Amtsgericht verfügt würde, so würde meine Mutter und auch ich meinen Onkel in der Absicht bestärken, den Prozess durch alle Instanzen, ja selbst bis zum Reichsgericht durchzuführen, sollte dadurch auch der letzte Rest seines Vermögens aufgewandt werden, und wenn ich dann auch in diesem Falle seine und meiner Mutter Unterhaltung auf mich nehmen müsste. Nie aber würde ich meinem Onkel rathen, von weiterem Vorgehen Abstand zu nehmen, gilt es doch, den Beweis zu erbringen, dass mein Onkel geistig gesund ist. In diesem Falle anders zu handeln, ist mir unmöglich, es würde mir als ein Unrecht erscheinen.“

Von dieser Seite besteht also nicht die geringste Neigung zu einer Aenderung der jetzigen Verhältnisse, unter welchen er nicht nur selbst nicht entmündigt ist sondern sogar, zur Zufriedenheit aller Betheiligten, fremde Vormundschaften geführt hat (es handelt sich um fünf Kinder der verwittweten Schwester). —

Nach allem im Bisherigen Auseinandergesetzten ist es auch geradezu selbstverständlich, dass er sich in den vierzehn Tagen seines Aufenthalts in meiner Klinik immer so gezeigt hat, dass durchaus nichts Abnormes an seinem Benehmen zu erkennen war. Er hat sich musterhaft in die Hausordnung gefügt, und auch während dieser Beobachtungszeit war völlig klar: dass eben nur der Verfolgungswahn, für welchen er während des kurzen Aufenthalts in der Klinik kein Objekt finden konnte, es ist, was ihn in seiner Heimath so unerträglich gemacht hat.

Es wäre denkbar, dass, unter verwickelteren Verhältnissen, er durch seinen Verfolgungs-Wahn in stärkerer Weise gestört würde „in der Besorgung seiner Angelegenheiten“. Wenn er z. B. ein reicher und mächtiger Mann wäre, was er ja in Wirklichkeit durchaus nicht ist; — so könnte er Reichthum und Macht dazu verwenden, um seinen vermeintlichen Feinden zu schaden; und dann wäre die Sachlage immerhin eine andere. Alsdann würde die Frage an Bedeutung gewinnen, welche bei der Entmündigung die entscheidende ist: ob er nicht durch seinen Verfolgungs-Wahn zu Handlungen getrieben würde, deren Schädlichkeit für ihn selbst durch die Entmündigung beseitigt werden könnte. Denn der Erlass des preussischen Justiz-Ministeriums, aus welchem ich einerseits oben (vorige Spalte) die Stelle zitiert habe: dass aus blossen polizeilichen Rücksichten die Entmündigung nicht erfolgen solle; — sagt andererseits mit Recht: unter den „Angelegenheiten“ seien nicht nur Vermögens-Angelegenheiten zu verstehen, sondern

die gesammten Lebensverhältnisse z. B. auch die Sorge für die eigene Person, die Sorge für die Angehörigen u. dergl. —

Man wird deshalb zu folgender Formulierung gelangen müssen:

Die Massregel der Entmündigung kann wegen Geisteskrankheit dann verhängt werden, wenn sie ein geeignetes, und eventuell das einzige, Mittel ist, um von einer Person den Schaden abzuwenden, von dem sie selbst, in irgend einer Weise, bedroht ist durch ihre Geistesstörung. Die Entmündigung ist eine Rechtswohlthat, von welcher, bis auf Weiteres, in erster Linie die allgemeine Regel gelten muss: Beneficia non obtruduntur. Und dieser Regel darf nur dann zuwidergehandelt werden, wenn der Schaden, den die Geisteskrankheit der Person zufügt, zu stark in die Wagschale fällt gegenüber von den Rücksichten, welche man nehmen muss auf die Wünsche eines Menschen, der, in nachdrücklicher und intelligenter Weise, gegen seine Entmündigung protestirt. Bei weitaus der Mehrzahl der Geisteskranken fallen ja diese Schwierigkeiten weg, weil sie, vermöge ihrer Krankheit, überhaupt nicht fähig (häufig auch gar nicht geneigt) sind zu einem solchen Protest; und wo der Widerstand fehlt, kann man auch nicht sagen, dass das Beneficium der Entmündigung „obtrudirt“ werde. Bei einem so energischen Protest, wie es der seine ist, und wenn er auch noch stark unterstützt wird von den Angehörigen, liegt der Fall aber wesentlich anders. —

Nach Allem, was ich im Vorstehenden aufgeführt habe, bestehen jedenfalls gewichtige Gründe für die Auffassung: dass das Gesetz, gegenüber von einem solchen Geisteskranken, wie er einer ist, nicht ohne Weiteres eine rechtliche Grundlage für die Entmündigung enthält. Es bestehen aber auch starke Gründe der Zweckmässigkeit und Opportunität gegen die Entmündigung, welche meines Erachtens gleichfalls volle Beachtung verdienen.

Wenn er jetzt entmündigt würde, so würde er zweifellos bis in die höchste Instanz die Beschwerdeführung fortsetzen. Und darin würde er, mit grösster Wahrscheinlichkeit, von seinen Angehörigen unterstützt, wenn diese nämlich an dem Entschluss festhalten, der ausgesprochen ist in dem Briefe, den ich oben (S. 398) wiedergegeben habe. Wenn er in allen Instanzen unterläge, so könnte er dabei starken pekuniären Schaden erleiden; und ein Nutzen wäre doch für Niemanden geschaffen. Denn deswegen, weil er entmündigt wäre, könnte man ihn doch nicht auf die Dauer in einer Irrenanstalt unschädlich machen. Er würde durch die Entmündigung nur in einer höchst unnöthigen Weise gereizt. Wenn er mit der Beschwerde in allen Instanzen unterlegen wäre, so würde er natürlich, sobald als möglich, Wiederaufhebung der Entmündigung beantragen und niemals zur Ruhe kommen. —

Er wird allerdings auch dann, wenn die Entmündigung nicht ausgesprochen wird, insofern sich nicht ruhig verhalten, als er fortwährend wieder daran arbeiten wird, dass seine Pensionirung aufgehoben werden soll. Denn weil er, wie alle solche Paranoischen, absolut nicht zu der Einsicht gelangen kann, dass er aus guten Gründen, wegen seines Verfolgungswahns, pensionirt worden ist; — so hält er auch die Pensionirung für eine grosse Ungerechtigkeit, gegen welche er, „aus Gewissensgründen“, den Kampf um das Recht führen müsse; gerade so wie auch sein Neffe schreibt (s. oben S. 398). Aber dieser Kampf ist deshalb viel unschädlicher als derjenige, der sich an die Entmündigung anschliesse, weil es dabei keine Prozesskosten giebt. Er wird zwar fortwährend bei Irrenärzten herumreisen, mit dem Verlangen: diese sollen ihm bezeugen, dass er geistig gesund und zu Unrecht pensionirt sei. Aber diese Aerzte können ihn dann ruhig wegschicken, weil die Sache gegenstandslos ist, während, in den gerichtlichen

Instanzen gängen der Beschwerde gegen die Entmündigung, immer wieder neue Begutachtungen unvermeidlich wären. —

Ich habe immer die Erfahrung gemacht, dass die Schwierigkeiten, welche die Paranoischen von seiner Art machen, ganz bedeutend verringert werden, sobald man das einzig richtige Verfahren gegen sie einschlägt, nämlich sie nicht beachtet. Je weniger sie von Gerichten, von Aerzten, von den Nachbarn beachtet werden, desto weniger Störungen machen auch sie ihrerseits. Langwierige Entmündigungsprozesse sind das Allerschädlichste für sie; und diese sollten deshalb nur dann in Gang gesetzt werden, wenn sie in der That unvermeidlich sind. Davon kann aber bei ihm gar keine Rede sein. Wenn er nicht aufhört, Pfarrer und Bürgermeister zu beleidigen, so kann man ihn, ohne alle Entmündigung, für einige Zeit in einer Anstalt interniren; worauf er dann später auch wieder Zeiten haben wird, in denen er erträglich sein wird. Und im Uebrigen kann er seine, und seiner Verwandten, einfache Angelegenheiten auch in Zukunft gerade so gut besorgen, wie er es in der Vergangenheit gethan hat. —

Ich gebe deshalb mein Gutachten zu der, oben gestellten, zweiten Frage dahin ab:

dass er, trotz seiner partiellen Verrücktheit, seine Angelegenheiten zu besorgen vermag; dass seine Entmündigung ihm durchaus keinen Nutzen sondern nur Schaden brächte; und dass der Schutz Derjenigen, die er beleidigt und bedroht, aus Gründen sowohl des Rechts als der Zweckmässigkeit, nicht durch richterliche Entmündigung sondern nur durch polizeiliche Massnahmen bewirkt werden kann. —

Anhang.

Aus dem Gutachten über eine idiotische Bauerntochter drucke ich Nachstehendes ab, was Beziehungen hat zu dem, in den beiden vorstehenden Gutachten (dort in Bezug auf intelligente Paranoische), Erörterten:

Auf Grund ihrer angeborenen idiotischen Beschaffenheit hat sie auch sehr viele thörichte Streiche begangen, wofür der Akt genügende Beweise enthält. Und dass deshalb von Zeit zu Zeit auch ihre Verbringung in eine Irrenanstalt gerechtfertigt wäre, dies ist dem Akt gleichfalls mit Bestimmtheit zu entnehmen. Dieser Punkt steht aber hier nicht in Frage, sondern nur dieser: ob der Thatbestand von § 6 Z. 1 B. G. B. auf sie zutrifft. In dem Akt ist nur die Rede von der Entmündigung wegen Geisteskrankheit. In erster Linie käme aber bei ihr in Betracht die Entmündigung wegen Geisteschwäche. Denn sie ist geistesschwach von Kindheit auf; und stärkere Anzeichen von, neuerdings ausgebrochener, Geisteskrankheit haben sich bei ihr nicht gezeigt. Die unbedeutenden und vorübergehenden Aufregungszustände, die immer wieder bei ihr vorkommen und immer wieder bei ihr vorkommen werden, sind immer nur Symptome ihrer von jeher bestehenden, Geisteschwäche; nicht solche neuer geistiger Erkrankung. —

Nun handelt es sich aber nicht darum: ob sie im psychiatrischen Sinne als geistesschwach zu betrachten ist? (welche Frage unbedingt zu bejahen wäre); sondern darum: ob sie in Folge dieser Geisteschwäche ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag?

Hiebei ist ohne Weiteres klar: dass, wenn es sich um sehr verwickelte Angelegenheiten handelte, die sie zu besorgen hätte, alsdann ihre Geisteschwäche sie daran verhindern müsste. Ihre thatsächlichen Angelegenheiten sind aber überaus einfache; und dass sie diese, soweit die blossen Geldangelegenheiten in Betracht kommen, bis jetzt ganz gut besorgt hat; dies steht unwidersprochen aktenkundig fest. Was aber ihre Angelegenheiten, die nicht pekuniärer Natur sind, betrifft, so würde ich eine Entmündigung vorläufig für völlig werthlos halten im Hinblick auf den Zweck, der erreicht werden soll: nämlich diesen, dass sie in gleichmässigen und anständigen Verhältnissen lebe. Denn sie ist dermassen störrisch, dass die Entmündigung nicht den mindesten Eindruck auf sie machen würde

und dass sie, so oft es ihr einfele, wieder davonliefe. Dies liesse sich nur durch Internirung in einer Anstalt verhindern. —

Nun wird aber, nach dem ganzen Inhalt des Aktes, wohl kein psychiatrischer Sachverständiger Entmündigung wegen Geisteskrankheit begutachten können, sondern in jedem Fall nur wegen Geisteschwäche. Diese Art der Entmündigung hätte aber vollends nicht den mindesten Werth im Hinblick auf das, was wünschenswerth wäre. Denn dadurch würde sie im Wesentlichen nur geschützt gegen pekuniäre Verluste; und gegen diese bedarf sie ja, wie aktenkundig feststeht, keines Schutzes. Dagegen würden die vielen Selbstbestimmungs-Rechte, welche in diesem Falle, nach § 107 bis 113 B. G. B., ihr noch erhalten blieben, es völlig unmöglich machen, ihre persönliche Freiheit in dem Grade einzuschränken, dass sie zu einem anständigen Leben gezwungen werden könnte; und es würde aus dem Verhältniss zu dem Vormund und dem Vormundschaftsgericht nur beständiger Zank und Streit sich ergeben. Sie würde dadurch für das ganze Dorf nur noch unerträglicher, als sie jetzt ist; und die beständige Aufregung, in welche sie dadurch versetzt würde, könnte nur schädlich auf sie wirken. —

Es wäre natürlich etwas ganz Anderes, wenn sie nicht gegen die Entmündigung protestirte. Da sie aber mit grosser Entschiedenheit protestirt, so muss doch wohl vor Allem auch beachtet werden, dass das Gesetz nicht sagt: Entmündigt muss werden; sondern: kann werden; aus welchem Wortlaut doch wohl der Schluss zulässig ist: dass die Entmündigung nur vollzogen werden soll, wenn sie in dem speziellen Fall auch zweckmässig erscheint. In diesem Sinne lauten auch die Vorschriften des bayrischen Justiz-Ministerial-Erlasses vom 26. März 1895, wo es ausdrücklich heisst:

(Folgt die Stelle, die in voriger Nummer (S. 369) abgedruckt ist.)

Das, was zu wünschen wäre, nämlich: eine Autorität, der sie sich fügte und unter deren Einfluss sie ein anständiges und vernünftiges Leben führte, kann ihr durch die Entmündigung doch nicht zu Theil werden, und am wenigsten durch die Entmündigung wegen blosser Geisteschwäche. Es wäre die Erreichung dieses Ziels eher noch möglich durch die Entmündigung wegen Geisteskrankheit, durch welche sie völlig geschäftsunfähig gemacht würde und damit auch im Wesentlichen jedes Selbstbestimmungsrecht verlöre. Es ist aber unmöglich, sie wegen Geisteskrankheit zu entmündigen; wie auch in dem, bei den Akten liegenden, Bericht des Amtsgerichts ausdrücklich konstatirt ist: „aus einer längeren, mit ihr gepflogenen, Unterredung konnte ich nicht den Eindruck gewinnen, dass ich eine geisteskranke Person vor mir habe.“ —

Die, vom reinen Rechtsstandpunkt eventuell mögliche, Entmündigung wegen Geisteschwäche müsste ich aber, auf Grund vielfacher Erfahrung über solche Personen, für völlig zwecklos und sogar für direkt schädlich halten.

Ich gebe deshalb mein Gutachten dahin ab:

I.

Entmündigung wegen Geisteskrankheit ist unmöglich, weil man sie nicht für geisteskrank im Sinne des Gesetzes erklären kann.

II.

a) Entmündigung wegen Geisteschwäche wäre eventuell gerechtfertigt. Denn dass sie von Geburt an geistesschwach ist, steht zweifellos fest.

b) Die Behauptung: sie vermöge in Folge dieser ihrer Geisteschwäche ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen, könnte aber mit guten Gründen sehr in Zweifel gezogen werden.

c) Und jedenfalls würde die Entmündigung wegen blosser Geisteschwäche weder ihr noch ihrer Umgebung irgend einen Nutzen gewähren sondern nur die Ursache beständigen Streites und Haders abgeben.

Ueber 300 landwirthschaftliche Unfälle, die innerhalb 5 Jahren rentenfrei geworden sind.

Von
Dr. Moser-Weimar.

Diese Anzahl von Unfällen ist der Gesammtheit derjenigen entnommen, die im Jahre 1897 bei der betr. Berufsgenossen-

schaft überhaupt angemeldet wurden. Bis Ende 1901 erledigten sich dieselben in ihren Folgen für die Berufsgenossenschaft; sie können somit einzeln, wie im Ganzen einem abschliessenden Urtheil zu Grunde gelegt werden.

Wenn auch gering an Zahl, bieten sie doch genügend Bemerkenswerthes, um an der Hand derselben einige für den Arzt, wie für die Berufsgenossenschaft wichtige Fragen zu erörtern und näher zu besprechen. Im Jahre 1897 wurden bei der Berufsgenossenschaft, die mir das diesbez. Material in dankenswerther Weise zur Verfügung stellte, im Ganzen 1342 Unfälle angemeldet; bei 505 trat vor Ablauf der 13. Woche wieder volle Erwerbsfähigkeit ein, 670 wurden entschädigungspflichtig und von diesen Letzteren erledigten sich innerhalb 5 Jahren 300. Die Einstellung der gewährten Rente erfolgte wegen Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit in 254 Fällen, wegen Eintritt, des Todes in 37 Fällen, wegen anderer Ursachen in den übrigen.

Die Dauer der Rente betrug bis zur vollen Erwerbsfähigkeit

1 bis 6 Monate in 24 Fällen.	
7	12 „ „ 75 „
13	18 „ „ 49 „
19	24 „ „ 45 „
25	30 „ „ 23 „
31	36 „ „ 29 „
37	42 „ „ 7 „
43	48 „ „ 2 „

Nach dem Alter der Verletzten stellen sich die Zahlen wie folgt:

	Monate.										
Alter	1-6	7-12	13-18	19-24	25-30	31-36	37-42	43-48	49-54	55-60	61-66
unter 16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16-18	—	4	—	1	1	1	—	—	—	—	—
18-20	1	3	1	3	—	1	—	—	—	—	—
20-30	4	13	7	2	1	2	2	—	—	—	—
30-40	4	10	6	8	5	3	2	—	—	—	—
40-50	6	10	17	12	5	6	—	—	—	—	—
50-60	6	25	7	12	7	6	—	—	—	2	—
60-70	3	6	7	4	4	6	2	—	—	—	—
70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
und darüber	—	4	4	3	—	4	1	—	—	—	—

Die Höhe der einzelnen Renten betrug:

100 Prozent 5 mal; 90 Prozent 1 mal; 80 Prozent 3 mal; desgl. 70 Prozent; 60 Prozent 6 mal; 50 Prozent 13 mal; 45 Prozent 2 mal; 40 Prozent 10 mal; 35 Prozent 6 mal; 30 Prozent 35 mal; 25 Prozent 46 mal; 20 Prozent 79 mal; 15 Prozent 86 mal; 10 Prozent 147 mal; 5 Prozent 2 mal.

An Anfangsrenten wurde gewährt und zwar nach dem Alter der Verletzten geordnet:

Alter	100%	90	80	70	60	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5
unter 16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16-18	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	3	—	—
18-20	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	3	2	1	—
20-30	—	—	—	—	2	—	1	—	2	4	8	4	9	1	—
30-40	1	1	—	1	1	—	1	1	2	7	4	8	15	—	—
40-50	—	—	1	1	1	—	1	1	6	8	18	14	9	—	—
50-60	—	—	—	1	1	3	1	—	5	6	19	19	17	—	—
60-70	1	—	1	—	—	1	—	3	2	6	6	7	2	11	—
70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
u. darüber	3	—	—	—	—	3	1	2	—	3	7	5	3	5	—
Summa	5	1	3	3	3	10	2	8	4	26	40	62	54	71	2

In beiden Zusammenstellungen nimmt die 10prozentige Rente die höchste Stelle ein, in der ersten betrifft sie die Hälfte aller Fälle, in der zweiten zusammen mit der 15prozentigen nahezu die Hälfte. Sehen wir uns einige Fälle, in

denen eine so niedrige Rente vom begutachtenden Arzte vorgeschlagen wurde und seitens der Berufsgenossenschaft gewährt werden — musste, näher an:

Fall 1. Der 26jährige Sohn eines Landwirthes zog sich eine Verstauchung der rechten Hand zu, indem er beim Futterholen von der Scheune auf der oberen Treppenstufe ausglitt und die Treppe herunterfiel.

Der erste Arztbericht nach Verlauf der 13 Wochen sagt:

Objektiver Befund: „Der gequetschte äussere Knöchel des rechten Vorderarmes ist nicht angeschwollen, nicht schmerzhaft bei Berührung und es kann die Hand frei bewegt werden. Es ist deshalb kaum erklärlich, wie die vom Verletzten angegebenen Schmerzen beim Gebrauch der Hand entstehen sollen.“

Trotzdem schlägt der Arzt 10 Prozent Rente vor, die auch gewährt werden. 18 Monate später konstatiert derselbe Arzt denselben Befund und spricht sich jetzt für Entzug der Rente aus.

Fall 2. Ein 40jähriger Landwirth stürzte beim Tragen eines Korbes mit Spreu vom Futterboden die Treppe ab und brach den rechten Unterschenkel. Nach 13 Wochen wird ihm auf Antrag des Vertrauensmannes ohne ärztliches Zeugnis eine Rente von 25 Prozent gewährt. Als die Berufsgenossenschaft eine Aenderung der Rente für angebracht hält, wird ärztliche Untersuchung beantragt. In dem abgegebenen Gutachten heisst es:

„Subjektiv Schmerzen bei anstrengenden Arbeiten. Objektiv ist ausser einer kleinen Anschwellung des rechten Knöchelgelenkes nichts nachzuweisen. Ein ernstes Arbeitshinderniss besteht nicht mehr.“ Trotzdem schlägt der Arzt vor, für fernere 3 Monate eine Rente von 10 Prozent zu gewähren. Kurz darauf hat der Verletzte freiwillig auf die Rente verzichtet.

Fall 3. Ein 77jähriger Landwirth fällt beim Nachhausefahren zwischen das Pferd und den leeren Wagen und wird von dem durchgehenden Pferde ca. 50 Schritt geschleift; er trägt Hautabschürfungen an der Nase, der rechten Ohrmuschel und am rechten Oberschenkel als Verletzung davon.

Bei der ärztlichen Untersuchung nach 13 Wochen ist objektiv nichts mehr nachzuweisen, als eine schmerzhafte Stelle am rechten Trochanter und am unteren Drittel des Oberschenkels aussen. Vorgeschlagen werden 10 Prozent, die der Verletzte für 37 Monate und 16 Tage bezogen hat.

Fall 4. Ein 59jähriger Landwirth zieht sich eine Kontusion des rechten Ellenbogengelenkes zu und erhält zuerst 25 Prozent Rente. Nach ca. 9 Monaten findet eine erneute Untersuchung statt: „Objektiv sind im Ellenbogengelenk alle Bewegungen frei. Schwielen an der Hand beiderseits gleich. Folgezustände nicht von Bedeutung. Der Einfluss der Verletzung auf die Erwerbsfähigkeit ist aus dem Befund nicht abzuschätzen. Die Möglichkeit einer geringen Arbeitsbehinderung mag bestehen.“ 10 Prozent.

Fall 5. Ein 45jähriger Landwirth zog sich durch einen Fall eine Luxation des rechten Oberarmes und eine Quetschung der Oberarmmuskulatur zu und erhielt als Anfangsrente 20 Prozent.

Ein weiteres Gutachten nach ca. neun Monaten besagt: „Objektiv ist der Befund völlig normal. Folgezustände der Verletzung sind unbedeutend oder gleich Null; objektiv ist nichts mehr von einem Einfluss aufzufinden. Der Verletzte giebt selbst an, fast alle Arbeiten wieder verrichtet zu haben. Auf Grund der subjektiven Beschwerden noch 10 % für 1/2 Jahr.“

Fall 6. Die 46jährige Ehefrau eines Landwirthes rutschte beim Füttern der Schweine aus und fiel mit der linken Seite auf die Kante des Schweinetroges.

Nach 13 Wochen sagt das ärztliche Gutachten: „Subjektiv werden Schmerzen in der linken Seite geklagt, ausser in der Ruhe. Objektiv ist absolut nichts nachzuweisen; aber trotzdem kann die Verletzte die angegebenen Schmerzen haben, die nach der Art der Entstehung recht gut bestehen können. 15 % für 30 Monate.“

Fall 7. Die 42jährige Ehefrau eines Landwirthes trug eine volle Wasserbutte, glitt aus und fiel aufs Gesicht, zog sich einen Bruch des Nasenbeines und eine Quetschung der Brust zu.

Nach Verlauf von 13 Wochen zur Begutachtung aufgefordert, lehnte der behandelnde Arzt die Abgabe des Gutachtens ohne näheren Grund ab.

Ein anderer Arzt begutachtete den Fall folgendermassen: „Das Nasenbein ist eingedrückt, auf dem Nasenbein befindet sich eine Narbe. Am Kopf, auf der Brust ist objektiv nichts nachzuweisen. Subjektive Beschwerden sind vielfach auftretendes Stechen im Kopf und Schmerzen auf der Brust, die besonders beim Tragen und Heben auftreten sollen.“

Wenn auch objektive Abweichungen von normalen Verhältnissen nicht nachweisbar sind, so kann man doch aus der Art der Verletzung auf die Glaubwürdigkeit der Verletzten schliessen. 10 %.

7 Monate später sagt ein dritter Arzt: „Subjektive Klagen: Schmerzen im Kopf und auf der Brust. Objektiv: Am Kopf, wie auf der Brust durchaus nichts Abnormes nachzuweisen. Die Verletzung der Nase ist untadelig verheilt. Bei der Schwere der Verletzung — heisst es weiter — ist es nicht unglücklich, dass die Frau noch Schmerzen, wenigstens zeitweise, im Kopfe empfindet. Der Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit der Verletzten ist entschieden unvortheilhaft. 10 %.“

Als Anmerkung wird beigefügt: Die X. übertreibt offenbar ihre Beschwerden.

11 Monate später empfiehlt derselbe Arzt bei gleichen subjektiven Beschwerden und gleichem negativen Befund Einstellung der Rente. Für 23 Monate waren der Frau 10 % Rente gewährt worden.

Fall 8. Ein 60jähriger Landwirth hatte eine Fuhrer Hou eingefahren; als dieselbe bis auf eine Kleinigkeit abgeladen war, that der Verletzte, während er mit der Heugabel einen Arm voll Heu in die Höhe hob, einen Fehltritt und stürzte mit der Brust zwischen die Leitersprossen auf die Lisse.

Objektiver Befund nach 13 Wochen: „Druck auf die Stelle der Verletzung ist noch schmerzhaft; desgleichen äussert Patient schmerzhafte Empfindung, wenn er sich bücken muss. Die Athmung ist deswegen gehemmt. 25 %.“

2. Untersuchung: Objektiv ist nichts nachweisbar. Trotz alledem ist der Angabe, dass noch ab und zu Schmerzhaftigkeit an der Stelle der Verletzung vorhanden ist, Glauben zu schenken. 15 %.

Bei der vierten Untersuchung zwei Jahre später wird zur Einstellung der Rente gerathen, obwohl der Verletzte noch über dieselben Schmerzen klagt, wie früher. 22 Monate hat der Verletzte eine 15 prozentige Rente erhalten.

Fall 9. Die 55jährige Ehefrau eines Landwirthes zog sich durch Ausgleiten eine Verrenkung des linken Fussgelenkes zu. Die Behandlung erfolgte durch den Barbier eines Nachbardorfes. Nach 13 Wochen wird noch über Schmerzen am Fussgelenk geklagt. Objektiv zeigt sich eine leichte Anschwellung aussen am Gelenk. Der Fuss kann aber gut bewegt werden. 15 %.

Ein halbes Jahr später besagt das ärztliche Gutachten:

„Wenn man beide Füsse vergleicht, so ist der linke nach aussen am Gelenk ein Wenig noch geschwollen, ebenso der Fussrücken. 10 %. Die Frau übertreibt, doch ist noch Schwellung vorhanden. Späterhin berichtete der Vertrauensmann, dass die Frau Alles arbeite. Daraufhin erneute Untersuchung.“

Jetzt wird die Rente entzogen, weil die Frau wegen Fettleibigkeit bereits im August 1897 nicht voll erwerbsfähig gewesen sei.

In allen diesen Fällen, denen noch eine stattliche Anzahl ähnlicher angefügt werden könnte, stehen bei der Beurtheilung der Folgen des Unfalles die subjektiven Klagen des Verletzten im Vordergrund; der objektive Befund ist negativ oder nur ausserordentlich gering.

Wie es aber mit den die Erwerbsfähigkeit angeblich hindernden subjektiven Klagen sehr oft bestellt ist, mag folgender Fall zeigen:

Ein 34jähriger Landwirth gleitet beim Stehen auf einem Wagen vom Wagenbrett ab und fällt aufs rechte Knie. Nach 13 Wochen sagt der Arztbericht: „Subjektive Klagen beim Treppensteigen und Gehen auf unebenem Boden. Objektiv ist Flüssigkeit im Kniegelenk nicht nachzuweisen. Eine etwa 10-Pfennigstück grosse Stelle unterhalb der Kniescheibe nach aussen von dem Band derselben ist angeschwollen und auf Druck empfindlich. Keine Bewegungsstörung im Gelenk. Rente 15 %.“

Nicht lange nach Festsetzung der Rente kommt der Berufsgenossenschaft zur Kenntniss, dass der Verletzte recht fleissig der

Hühnerjagd obliege. Daraufhin selbstverständlich sofort Entziehung der Rente.

Ist es überhaupt angebracht, lediglich auf Grund von subjektiven Beschwerden bei objektiv völlig normalen Verhältnissen oder nur ganz geringen Abweichungen Renten zu gewähren? Diese Frage möchte ich durchweg verneinen. Es lehrt uns ja die Erfahrung tagtäglich, dass in solchen Fällen eine wirkliche Schädigung der Erwerbsfähigkeit nicht vorhanden ist — bei solchen Personen, die keiner Unfallversicherung privat oder staatlich angehören. Eine leichte Beschränkung der Arbeitsfähigkeit mag vielleicht noch bestehen, dieselbe hat aber keinerlei Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit. Nur zu oft wird immer noch bei Ausstellung von Gutachten Erwerbsfähigkeit mit Arbeitsfähigkeit verwechselt. Dies zeigt sich in sämtlichen oben erwähnten Fällen.

Die Rente soll ferner auch kein Schmerzensgeld sein; dieselbe will dem Verletzten denjenigen wirtschaftlichen Schaden ersetzen, der ihm durch die Verletzung zugefügt worden ist.

§ 5 des Unfallversicherungsgesetzes sagt:

„Gegenstand der Versicherung ist der nach Massgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu bemessende Ersatz des Schadens, welcher durch die Körperverletzung oder Tödtung entsteht.

Der Schadenersatz soll bestehen im Falle der Verletzung:

2. in einer dem Verletzten vom Beginn der vierzehnten Woche nach Eintritt des Unfalles an für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit zu gewährenden Rente.

Die Rente beträgt:

a) im Falle völliger Erwerbsunfähigkeit für die Dauer derselben sechsunsechzigzweidrittel Prozent des Arbeitsverdienstes;

b) im Fall theilweiser Erwerbsunfähigkeit für die Dauer derselben einen Bruchtheil der Rente unter a), welcher nach Massgabe der verbliebenen Erwerbsfähigkeit zu bemessen ist.

In allen Fällen mit nur wenig Ausnahmen kann durch eine eingehende Untersuchung, wenn nothwendig, mit allen uns hierzu zu Gebote stehenden Hilfsmitteln, genügend Aufklärung geschaffen werden, ob die geklagten subjektiven Beschwerden in der That vorhanden sind und wenn vorhanden, wirklich im Stande sind, die Erwerbsfähigkeit so zu schädigen, dass dem Träger ein wirtschaftlicher Schade zugefügt wird.

Zudem handelt es sich in der Mehrzahl der entschädigungspflichtigen Unfälle um eine Verletzung der Extremitäten — in den dieser Arbeit zu Grunde liegenden Fällen treffen auf 300 196, in der vom Reichsversicherungsamt herausgegebenen Statistik über gewerbliche Unfälle im Jahre 1897 auf 45 971 Unfälle über 30 000 Verletzungen von Armen und Beinen — und hier lässt sich doch durch Feststellung der Funktionsfähigkeit der Muskulatur der betreffenden Gliedmassen sicher beurtheilen, ob in Wirklichkeit durch die geklagten Schmerzen die Gebrauchsfähigkeit der Glieder gehindert wird. Entspricht die Muskulatur den normalen Verhältnissen, liegt keinerlei Atrophie vor, dann besteht keine Funktionsstörung und somit auch keine Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des Unfallgesetzes.*)

Ein solches Urtheil kann natürlich nur gefällt werden auf Grund einer eingehenden Untersuchung, und, was besonders wichtig für die Berufsgenossenschaft ist, begründet werden, durch eine eingehende Beschreibung der vorgefundenen Verhältnisse.

*) Anm. d. Redaktion. Für hysterische Lähmungs- und Schwächezustände, die in der Unfallbegutachtung doch keine geringe Rolle spielen, trifft dieser Satz sicherlich nicht zu.

Der Satz allein „objektiv ist nichts nachweisbar“, sollte aus der Rubrik des objektiven Befundes völlig schwinden. Weder die Berufsgenossenschaft, noch ein zweiter begutachtender Arzt, der seinen Ausführungen das erste Gutachten event. zu Grunde legen muss, weiss mit ihm etwas Sicheres anzufangen.

Weiter aber das Bestehen der Schmerzen lediglich deshalb als wahr anzunehmen, weil die untersuchte Person glaubwürdig erscheint oder weil die Verletzung meistens nur auf Grund der Erzählung des Verletzten selbst eine schwere gewesen sein soll, ist doch etwas sehr gewagt, zumal heutzutage, wo das Wort Unfall gleichbedeutend mit Rente geworden ist; wo jeder Verunfallte „seine Rente“ haben will.

Glauben doch noch viele begutachtende Aerzte, jedem Verletztgewesenen die „Wohlthat des sozialen Gesetzes“ zugänglich machen zu müssen, ohne zu bedenken, wie oft dadurch, dass sie den Klagen der Betroffenen nachgeben, diese selbst und ihre Angehörigen geschädigt werden. Ich möchte hier der möglichsten Einschränkung der kleinen Renten für Landwirthe wie deren Angehörige unbedingt das Wort reden; eine Rente von 16 Mark, von 28 Mark pro Jahr ist wirtschaftlich werthlos für dieselben, die Entziehung resp. die Verweigerung so kleiner Renten bedeutet für sie keinen wirtschaftlichen Schaden, sie regt aber — und das ist der grosse Nachtheil, den die leichte Gewährung jetzt birgt — den Neid und die Begehrlichkeit der Nachbarn an. Wer diese geringe Renten beziehenden Unfälle genügend beobachtet, sieht bald, dass dieselben mit ihrer angeblich beschränkten Arbeitsfähigkeit genau eben so viel leisten, wie vor dem Unfall.

Meiner Meinung nach, würde es besser dem Sinne des Unfallgesetzes entsprechen, wenn in landwirtschaftlichen Betrieben der Genuss einer Unfallrente überhaupt erst mit einem höherem Grade der Erwerbsbeschränkung beginnen würde und alles das, was durch Wegfall der kleinen Renten erspart würde, denen zu Gute kommen würde, die durch einen Unfall thatsächlich schwer geschädigt worden sind, und deren Rente jetzt, auch wenn noch so wohlwollend seitens der Berufsgenossenschaft geurtheilt wird, in keinem Verhältniss stehen kann zu dem ihnen durch die Verletzung zugefügten wirtschaftlichen Schaden.

Auf die Art der Verletzung resp. auf die vom Unfall betroffenen Körperteile vertheilen sich die 300 Fälle wie folgt: Verbrennungen, Verbrühungen etc. 0.

Summa der Wunden, Quetschungen, Knochenbrüche, Hernien etc. 298.

Hiervon:

Verletzungen des ganzen Körpers	4.
„ mehrerer Körperteile	28.
„ der Arme allein	114.
„ der Beine allein	82.
„ des Rumpfes	67.
„ von Kopf und Hals	7.
„ der Augen	1.
„ Hernie	2.
„ Ertrinken	1.
„ Blitzschlag	1.

Aus dieser kleinen Uebersicht ist zu sehen, wie schon oben einmal erwähnt, dass die grösste Anzahl der Verletzungen die Gliedmassen betroffen hat. Von 300 Unfällen 196 = 65 Prozent. Im Folgenden gebe ich eine Zusammenstellung über die Heilungsdauer der einzelnen Arten dieser Verletzungen vom Tage des Unfalles bis zum Eintritt der vollen Erwerbsfähigkeit bzw. bis zum Entzug der Rente durch die Berufsgenossenschaft unter Beifügung des Alters, des Geschlechtes des Verletzten, sowie der Anfangs- und Schlussrente.

No.	Geschlecht	Alter	Art der Verletzung *)	Rente		Heilungs- dauer			No.	Geschlecht	Alter	Art der Verletzung	Renten		Heilungs- dauer		
				Anfang	Schluss	Jahr	Mon.	Tag					Anfang	Schluss	Jahr	Mon.	Tag
A. Verletzungen des Schultergelenks und der oberen Extremität.																	
1	m.	65	Luxation des linken Schultergelenkes	10	10	1	—	4	61	m.	47	Verstauchung des l. Handgelenkes	25	15	1	10	9
2	m.	30	Luxation der rechten Schultergelenkes	40	10	1	11	25	62	m.	50	Quetschung der rechten Hand	15	15	—	7	20
3	m.	50	Verrenkung d. link. Schultergelenkes	20	10	1	8	2	63	m.	54	Verstauchung der rechten Hand	10	10	—	9	15
4	m.	50	Quetschung d. rech. Schultergelenkes	30	30	1	4	23	64	w.	65	Verstauchung der rechten Hand	30	30	—	10	10
5	m.	45	Luxation des rechten Schultergelenkes	20	10	1	6	5	65	w.	60	Bruch des rechten Handgelenkes	20	10	2	7	27
6	w.	31	Quetschung der linken Schulter	10	10	2	8	23	66	w.	36	Verrenkung des l. Handgelenkes	15	10	3	2	16
7	m.	45	Quetschung der rechten Schulter	10	10	1	3	4	67	m.	35	Quetschung des rechten Daumens	15	15	1	8	2
8	m.	41	Quetschung der linken Schulter	15	10	1	9	18	68	m.	47	Schnitt in d. l. Daumen m. folgend. Panaritium	30	10	2	11	16
9	m.	56	Quetschung der linken Schulter	15	15	2	3	—	69	m.	56	Quetschung des rechten Daumens	10	10	—	10	12
10	m.	71	Quetschung der rechten Schulter	20	15	1	5	16	70	m.	48	Quetschung des linken Daumens	15	10	1	5	—
11	w.	66	Verstauchung d. link. Schultergelenkes	25	25	2	1	25	71	m.	46	Quetschung des Nagelgliedes des l. Daumens	10	10	1	9	5
12	w.	53	Quetschung d. rech. Schultergelenkes	15	15	1	1	6	72	w.	27	Quetschung des linken Daumens	15	10	1	9	6
13	m.	58	Quetschung d. link. Schultergelenkes	25	15	1	3	—	73	m.	51	Quetschung des Nagelgliedes des l. Daumens	15	10	1	2	28
14	w.	41	Quetschung der linken Schulter	20	20	—	10	1	74	m.	20	Quetschung des linken Daumens	—	—	Unt. 13 Wochen		
15	m.	55	Quetschung d. rech. Schultergelenkes	20	10	2	2	20	75	w.	17	Schnitt am 2. Gelenk des r. Zeige- fingers mit folgender Eiterung	15	15	1	3	19
16	m.	43	Quetschung der linken Schulter	25	10	1	11	26	76	m.	23	Quetschg. d. Endglied. d. l. Zeigefing.	10	10	1	9	26
17	w.	17	Bruch des linken Schlüsselbeines	30	15	2	11	6	77	m.	18	Abhacken d. Endglied. d. l. Zeigefing.	15	15	1	1	10
18	m.	35	Bruch des linken Schlüsselbeines	20	20	—	10	23	78	m.	25	Schnittwunde am rechten Zeigefinger	10	10	—	9	27
19	w.	71	Bruch des rechten Schlüsselbeines	25	10	1	9	—	79	m.	50	Panaritium des rechten Zeigefingers	66	66	—	11	14
20	m.	54	Bruch des linken Schlüsselbeines	15	15	2	5	1	80	m.	30	Schnittwunde am linken Zeigefinger	15	15	—	7	23
21	m.	33	Bruch des rechten Schlüsselbeines	20	10	2	7	22	81	m.	32	Panaritium des rechten Zeigefingers	10	10	1	2	16
22	m.	34	Bruch des rechten Schlüsselbeines	25	25	—	7	26	82	w.	30	Axthieb in den linken Zeigefinger	5	5	1	1	13
23	m.	34	Bruch des rechten Achselbeines	10	10	1	1	15	83	w.	35	Schnittwunde in das l. Gelenk des linken Zeigefingers	10	10	1	10	5
24	w.	43	Zerreissung v. Muskelfas. a. r. Oberarm	20	10	2	5	21	84	m.	65	Panaritium des linken Zeigefingers mit Verlust der rechten Gliedes	25	10	2	1	7
25	m.	19	Quetschung des rechten Oberarmes	10	10	—	8	8	85	m.	16	Quetschung des rechten Zeigefingers	12	12	—	9	23
26	m.	38	Bruch des linken Oberarmes	25	25	1	5	5	86	m.	39	Quetschung des Endgliedes des linken Zeige- und Mittelfingers	10	10	1	10	2
27	w.	40	Bruch des linken Oberarmes	30	15	1	8	20	87	m.	58	Quetschung beider Mittelfinger	10	10	1	—	—
28	w.	49	Quetschung des rechten Oberarmes	75	10	1	5	1	88	m.	47	Verrenkung des vorderen Gliedes des Mittelfingers	15	15	1	2	—
29	m.	38	Bruch des linken Armes	15	10	2	—	20	89	w.	31	Panaritium des rechten Mittelfingers	10	10	—	11	12
30	m.	61	Durchschneidung der hinteren Ober- armmuskeln	30	15	2	11	17	90	w.	55	Quetschung des rechten Mittelfingers	25	25	—	9	5
31	w.	33	Kontusion d. rech. Ellenbogengelenkes	10	10	—	11	4	91	m.	55	Panaritium des rechten Mittelfingers	10	10	2	3	15
32	w.	24	Luxation d. link. Ellenbogengelenkes	20	10	2	4	12	92	w.	82	Panaritium des rechten Mittelfingers	50	40	3	2	11
33	m.	62	Bruch des rechten Ellenbogengelenkes	40	10	2	8	20	93	m.	74	Quetschung des rechten Mittelfingers	10	10	1	5	17
34	m.	50	Quetschung d. rech. Ellenbogengelenkes	20	10	2	11	15	94	w.	19	Quetschung des Endgliedes des link. Mittelfingers	5	5	2	—	24
35	m.	30	Luxation d. link. Ellenbogengelenkes	40	20	3	6	—	95	m.	56	Schnittwunde am linken Mittelfinger	10	10	4	—	24
36	m.	70	Quetschung d. link. Ellenbogengelenkes	25	15	2	10	13	96	m.	27	Bruch d. II. Gliedes d. r. Ringfingers	15	10	1	10	5
37	w.	24	Luxation d. link. Ellenbogengelenkes	30	30	—	7	8	97	m.	51	Quetschung des rechten Ringfingers	30	15	2	—	25
38	w.	28	Bruch des äusseren Gelenkendes des rechten Unterarmes	20	10	3	5	13	98	m.	27	Axthieb am linken Ringfinger	25	25	1	3	7
39	w.	52	Bruch beider Unterarmknochen	20	10	2	4	24	99	m.	49	Quetschung des rech. kleinen Fingers	10	10	1	4	14
40	w.	22	Bruch des rechten Radius dicht oberh. des Handgelenkes	25	25	3	5	4	100	w.	16	Quetschung des Endgliedes des rech. Ringfingers	20	10	2	—	21
41	w.	59	Bruch des rechten Unterarmes	20	10	2	10	16	101	w.	36	Panaritium des rech. kleinen Fingers	10	10	2	11	25
42	w.	23	Bruch des linken Radius	25	25	1	1	20	B. Verletzungen des Hüftgelenkes und der unteren Extremitäten.								
43	m.	42	Bruch des linken Radius	20	20	1	—	15	102	w.	36	Quetschung der rechten Hüfte u. d. r. Oberschenkels	66	10	3	5	3
44	m.	22	Bruch des rechten Radius	10	10	1	9	29	103	m.	42	Quetschung der r. Hüfte m. Bluterguss	15	15	1	3	22
45	m.	45	Bruch des rechten Unterarmes	20	20	1	1	2	104	m.	18	Bruch des rechten Oberschenkels	80	10	1	11	22
46	w.	59	Bruch des rechten Unterarmes	15	15	—	8	25	105	m.	34	Quetschung des rechten Kniegelenkes	20	20	—	7	15
47	m.	33	Bruch des rechten Radius	15	15	2	2	24	106	w.	21	Quetschung des linken Kniegelenkes	20	20	—	6	3
48	m.	44	Bruch des rechten Radius	60	10	1	10	29	107	m.	67	Quetschung des linken Kniegelenkes	10	10	3	9	9
49	m.	40	Bruch des linken Radius	20	10	2	—	9	108	w.	43	Verrenkung des rechten Kniegelenkes	35	15	2	4	26
50	m.	61	Bruch des linken Radius	20	10	1	8	9	109	m.	29	Quetschung des rechten Kniegelenkes	15	15	1	7	13
51	w.	51	Bruch des linken Unterarmes	20	10	2	7	25	110	m.	58	Quetschung des linken Knies	—	—	Unt. 13 Wochen		
52	w.	73	Bruch des linken Unterarmes	45	20	1	10	24	111	m.	22	Verrenkung des linken Kniegelenkes	10	10	1	10	18
53	m.	48	Bruch des rechten Radius	25	15	2	3	12									
54	w.	61	Bruch des linken Radius	20	10	1	4	20									
55	m.	48	Kontusion d. link. Handgelenkes, Bruch?	15	15	—	8	13									
56	w.	58	Verstauchung des l. Handgelenkes	30	10	3	10	5									
57	w.	36	Quetschung der rechten Hand	10	10	—	11	20									
58	w.	49	Quetschung der rechten Hand	15	15	1	11	23									
59	w.	45	Verstauchung des l. Handgelenkes	10	10	—	11	27									
60	m.	43	Quetschung der rechten Hand	20	10	1	11	11									

*) Entnommen dem ersten ärztlichen Gutachten.

No.	Geschlecht	Alter	Art der Verletzung	Renten		Heilungsdauer		
				Anfang	Schluss	Jahr	Mon.	Tag
112	m.	19	Verrenkung der Kniescheibe mit Gelenkeröffnung	25	15	3	1	26
113	w.	55	Bruch der rechten Kniescheibe	50	20	1	5	7
114	m.	54	Verstauchung des rechten Kniegelenkes	10	10	1	10	14
115	w.	71	Verrenkung d. r. Knie- u. Fussgelenkes	30	15	2	2	1
116	m.	30	Quetschung des rechten Schienbeines	10	10	1	5	26
117	m.	61	Quetschung des linken Beines	—	—	Unt. 13 Wochen		
118	m.	73	Bruch beider Knöchel	50	50	1	2	6
119	w.	20	Schrägbruch der rechten Tibia	40	40	—	11	19
120	w.	57	Schlag vor den rechten Unterschenkel	20	10	3	—	24
121	w.	20	Bruch des linken Unterschenkels	30	30	—	10	22
122	m.	52	Kontusion des rechten Radius	—	—	Unt. 13 Wochen		
123	w.	60	Bruch beider Unterschenkelknochen	40	20	3	4	2
124	m.	67	Bruch des linken Unterschenkels	20	15	2	5	8
125	m.	16	Quetschung d. rechten Unterschenkels	25	25	—	11	15
126	m.	65	Quetschung d. rechten Unterschenkels	35	20	1	2	9
127	m.	48	Quetschung der linken Wade	10	10	—	9	15
128	m.	45	Bruch der linken Tibia	30	15	2	1	6
129	m.	53	Bruch der rechten Tibia (Knöchel)	20	20	1	—	26
130	m.	59	Linker Knöchelbruch	30	10	2	11	13
131	w.	41	Bruch des rechten äusseren Knöchels	30	30	—	5	23
132	w.	18	Bruch des rechten äusseren Knöchels	15	15	2	—	17
133	w.	70	Bruch des linken Knöchels	25	10	3	1	17
134	m.	35	Querbruch der r. Tibia, Splitterbruch d. Fibula	90	15	2	7	25
135	w.	22	Bruch des linken äusseren Knöchels	25	25	—	11	18
136	m.	40	Bruch des rechten Unterschenkels	20	10	1	5	21
137	w.	69	Knöchelbruch des linken Unterschenkels	20	15	2	—	3
138	m.	61	Verstauchung des rechten Fusses und Bruch d. Fibula	—	—	Unt. 13 Wochen		
139	m.	47	Verstauchung des linken Fussgelenkes	20	10	—	11	15
140	m.	71	Verstauchung d. rechten Fussgelenkes	15	15	1	10	20
141	m.	41	Verstauchung d. rechten Fussgelenkes	20	10	3	—	24
142	m.	56	Verrenkung des linken Fussgelenkes	25	10	2	—	—
143	w.	28	Verstauchung (Fraktur?) des rechten Fussgelenkes	50	10	3	2	24
144	m.	32	Quetschung des linken Fersenbeines	25	10	2	10	4
145	m.	40	Verrenkung des linken Fussgelenkes	15	15	1	1	21
146	w.	50	Verrenkung des linken Fussgelenkes	15	15	—	11	19
147	m.	65	Verrenkung des rechten Fussgelenkes	25	15	3	3	6
148	m.	22	Quetschung des linken Fussgelenkes	20	20	—	9	10
149	m.	35	Quetschung des linken Fusses	25	25	—	7	13
150	m.	68	Quetschwunde am linken Fuss	35	10	2	7	15
151	m.	39	Verstauchung des rechten Fusses	10	10	—	9	29
152	m.	64	Quetschung des rechten Fusses	10	10	1	4	12
153	w.	51	Verrenkung des rechten Fussgelenkes	10	10	1	3	12
154	m.	50	Verrenkung des linken Fussgelenkes	20	20	1	2	8
155	m.	18	Verrenkung des rechten Fussgelenkes	30	20	1	3	19
156	w.	55	Verrenkung des linken Fussgelenkes	15	10	1	2	19
157	m.	35	Kontusion des linken Fusses	20	20	—	9	27
158	w.	55	Verrenkung des rechten Fussgelenkes	15	15	1	2	15
159	w.	51	Verrenkung des rechten Fussgelenkes	15	10	1	—	5
160	m.	66	Verstauchung des rechten Fusses	—	—	Unt. 13 Wochen		
161	m.	55	Quetschung des rechten Fussgelenkes	20	10	1	9	7
162	m.	58	Distorsion des linken Fussgelenkes	45	30	3	2	22
163	m.	19	Verstauchung des linken Fussgelenkes	10	10	—	11	24
164	w.	54	Verrenkung des linken Fusses	20	20	3	1	1

Bei der Durchsicht der Tabelle fällt uns vorerst in der Mehrzahl der Fälle auf die fast durchweg lange Zeit die vergangen, bis der Unfall rentenfrei geworden ist, obwohl die Verletzungen leichter Natur ohne Komplikationen waren. Trotzdem beanspruchen dieselben ein oder nahezu ein Jahr lang Rente. Es sind dies dieselben Arten der Verletzungen, nach denen die Träger derselben früher vor Inkrafttreten des Unfallversicherungsgesetzes nach Verlauf von fünf, höchstens

zehn Wochen ohne wesentliche Beschwerden, bei unwesentlichem objektiven Befund — der in den ärztlichen Gutachten sich jetzt auch nicht anders stellt — als in ihrer Erwerbsfähigkeit sich nicht geschädigt ansahen. Vielfach wurde seitens der Verletzten keinerlei ärztliche Hilfe in Anspruch genommen.

In anderen Fällen, in denen der Unfall einfach als Verrenkung oder Quetschung eines Gelenkes bezeichnet wurde und nach 13 Wochen mit wesentlichem objektiven Befund grössere und langdauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit vorhanden war, ist es fraglich, ob s. Z. nicht ernstere Verletzungen zu Grunde gelegen haben. Besonders oft sehen wir dies bei den Fussgelenksverletzungen, denen nicht immer diejenige besondere Aufmerksamkeit und in jedem Fall eingehende Behandlung zu theil wird, die dieselben beanspruchen. Wie oft sehen wir noch nach als leicht angesehenen Verletzungen sehr bedeutende und nachhaltige Schädigung der Erwerbsfähigkeit entstehen.

Weitere Beachtung verdienen auch die Fingerverletzungen; sie sind durchweg nur so geringfügiger Art, dass der Verletzte dieselben für zu unbedeutend hält, um ärztliche Hilfe zu suchen, aber es treten in Folge weiterer Vernachlässigung umfangreiche Eiterungen ein, die eine lange Heilungsdauer erfordern.

Der Berufsgenossenschaft dürfte in Hinblick hierauf wohl zu empfehlen sein, den Versicherten einfache Vorschriften an die Hand zu geben, wie solche Unfallfolgen möglichst verhütet werden können.

Weiterhin lehren auch verschiedene Fälle, die konservative Behandlung von Fingerverletzungen nicht allzuweit zu treiben. Bei jeder stärkeren Quetschung mit ausgiebiger Betheiligung der Weichtheile und der Knochen ist es für den Verletzten stets besser, die gequetschten Partien ausgiebig zu entfernen. In 10, höchstens 14 Tagen einen gut verheilten Amputationsstumpf zu haben, ist ihm vortheilhafter, als unter konservativer Behandlung nach 3 bis 6 Monaten ein verkrüppeltes, sehr schmerzhaftes Fingerglied, mit dem er nichts anzufangen weiss, dazu noch die Steifigkeit der übrigen Finger in Folge der langen Ruhigstellung der Hand als Extragabe. Eine kurze Erwähnung für sich mag No. 104 der Tabelle finden: Ein 18jähriger Tagelöhner zieht sich einen Bruch des rechten Oberschenkels zu und erhält als Anfangsrente 80 Prozent; nach 6 Monaten 20 Prozent und nach weiteren 7 Monaten 10 Prozent. Ein halbes Jahr später erfährt die Berufsgenossenschaft, dass der X. als Soldat eingestellt worden ist und entzieht ihm unter der Annahme, dass nunmehr volle Erwerbsfähigkeit eingetreten sei, die Rente. In allen über den Fall abgegebenen Gutachten war das rechte Bein als verkürzt bezeichnet worden, im letzten als um 2 $\frac{1}{2}$ cm. Es war für mich nun interessant, zu erfahren, ob ein Mann mit einer Verkürzung eines Beines von 2 $\frac{1}{2}$ cm wirklich Soldat auch bleiben konnte; ich erkundigte mich bei dem betreffenden Bataillonsarzt und erhielt von dem Herrn Kollegen in liebenswürdiger Weise die Mittheilung, dass der X. ohne irgend welche Beschwerden seiner Dienstpflicht genügt hat, Gefreiter geworden ist und sogar hätte kapituliren können.

Noch eine andere Frage hat mich zur Zusammenstellung der Tabelle bewogen. Die sämtlichen angeführten Unfälle sind rentenfrei geworden, ohne dass einer der Verletzten einer mediko-mechanischen Behandlung unterworfen worden ist. Die Träger der Verletzungen waren in der Mehrzahl selbst Betriebsunternehmer resp. Angehörige derselben, in der grossen Minderzahl Arbeitnehmer. Sie hatten ureigenstes Interesse daran, sahen sich gezwungen, die Arbeit, sobald es nur anging, in irgend einer Weise wieder aufzunehmen, ihrer täglichen Beschäftigung, kraft der ihnen verbliebenen Fähigkeit, wieder nachzugehen. Es dürfte sich vielleicht der Mühe

lohn, dieser Tabelle eine andere gegenüber zu stellen, die lediglich solche Fälle enthält, bei der die betreffenden Personen einer mechano-therapeutischen Behandlung in einem Institut unterzogen worden sind, um zu sehen, auf welche Weise eine kürzere Heilungsdauer erreicht, die volle Erwerbsfähigkeit in kürzerer Frist wieder erlangt wird. Die alte Erfahrung, dass eine möglichst rasche Wiederaufnahme der Arbeit der beste Heilfaktor ist, wird sich nicht ändern lassen.

Unter den jetzigen Arbeitsverhältnissen — hauptsächlich bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften — ist es einem Arbeiter schwer oder gar nicht möglich, oft beim besten Willen, in der ersten Zeit nach dem Unfall leichtere, für ihn passende Arbeit zu finden, um sich nach und nach wieder einzuarbeiten. Sie sind und bleiben auf die Krankenkassenunterstützung, auf ihre Rente angewiesen. Ihre Einweisung in ein mediko-mechanisches Institut wird von ihnen nicht als ein Mittel zur Besserung der Arbeitsfähigkeit angesehen, sondern nur als ein Bestreben der Berufsgenossenschaft, ihnen so rasch als möglich die Rente, von der sie vielleicht jetzt noch nothdürftig leben können, wieder zu entziehen. Kein Wunder, dass die Verletzten ungern in diese Institute gehen, dort allen Bestrebungen zur Besserung der Arbeitsfähigkeit möglichst Widerstand leisten, aber alles Andere lernen, als wieder arbeiten. Alle diese Erwägungen führen uns auf einen anderen Weg, der gangbarer ist und auf dem besser für die Verunfallten gesorgt werden könnte. Es sind dies Einrichtungen resp. Anstalten durch die Berufsgenossenschaften, noch besser seitens des Staates, der Invalidenversicherungen geschaffen, in denen die Verletzten — sobald soweit Heilung der Verletzung eingetreten ist, dass die Arbeit wieder aufgenommen werden kann — gemäss der ihnen verbliebenen Fähigkeit beschäftigt werden, wo ihnen Gelegenheit gegeben wird, nach und nach sich die verloren gegangene Geschicklichkeit und Brauchbarkeit ihrer Glieder wieder anzueignen, wo sie, wenn nöthig, für andere Berufe ausgebildet werden, wo die Unfallhysteriker und Neurastheniker wieder an Arbeit gewöhnt, nach und nach energischer und arbeitsfreudiger werden. Wird dann den Betreffenden ausser Zahlung an ihre Angehörigen selbst ein ihrer Arbeit entsprechender Lohn gewährt, so tritt noch ein weiteres zur Arbeit anspornendes Moment hinzu.

Chirurgische, wie mechano-therapeutische Behandlung kann dann in viel wirksamerer Weise damit verbunden werden, ohne den üblen Beigeschmack, wie jetzt, für den Verletzten zu haben. (Schluss folgt.)

Referate.

Chirurgie.

Ein Fall von komplizierter Schädelverletzung mit Aphasie. Deckung des Defektes durch Knochenplastik.

Von Dr. Herm. Kaposi, Assistent der Klinik.

(Vortrag gehalten am 17. Dezbr. 1901 im ärztlichen Verein zu Heidelberg.)

Aus der Heidelberger chir. Klinik.

(Münch. med. Woch. 1902, No. 8.)

Ein in das Gehirn eingedrungener Splitter der vitrea verursachte 5 Monate nach der Verletzung, einem Stockschlage, der scheinbar nur einen oberflächlichen Abszess zur Folge gehabt hatte, einen Hirnabszess, welcher Trepanation nöthig machte und nach 10 Wochen in Anspruch nehmender Heilung einen Schädeldefekt von Thalergrösse zurückliess, zu dessen plastischer Deckung der Patient, ein 19jähriger Metzger, seine Einwilligung nicht gab. Von einer beim plötzlichen Beginn der Abszesssymptome aufgetretenen Lähmung des r. Armes

und r. Facialis war am Schluss der Behandlung nur noch eine geringe Schwäche des Facialis vorhanden, keine Aphasie. Denkhätigkeit, Schreiben, Rechnen und Lesen ging etwas weniger gut wie früher. 2 Jahre später erhielt Patient auf dieselbe Stelle abermals einen Stockschlag, welcher von Bewusstlosigkeit, Lähmung des r. Armes, r. Beines und r. Facialis, sowie Inkontinenz von Blase und Mastdarm gefolgt war und eine Depression des unteren Defektrandes mit ausgedehnter Hirnzertrümmerung hervorrief. Nach Unschädlichmachung der Knochensplitter und Entfernung der zertrümmerten Hirnmasse trat Besserung ein, indem Arm- und Beinlähmung zurückging und das Sensorium freier wurde. Am 4. Tage stellte sich eine deutlich motorische Aphasie (Wernicke) heraus, welche sich durch die Lage des Defektes (Brocasches Zentrum) erklärte. Trotz späterer vorzüglich gelungener knöcherner, autoplastischer Deckung des Defektes (durch Czerny) blieb diese Aphasie bestehen, verbunden mit bedeutenderer Schwäche des r. Armes und Parese des r. Mundfacialis.

Die praktische Schlussfolgerung des Falles ist, dass Schädeldefekte doch zweckmässiger gedeckt als offen gelassen werden, da ausser der leichtern Verletzlichkeit des Hirns an der schwach bedeckten Stelle auch die spontane Knochenbildung nach mancher Richtung hin ungenügend sein kann, und auch Schmerzen und Unbehagen verschiedener Art, sowie epileptische Anfälle auf den Mangel des knöchernen Schutzes sich zurückführen lassen, deren Aufhören in manchen Fällen nach Deckung solcher Defekte beobachtet wurde.

Der in derartigen, wie der vorliegende, forensischen Fällen begutachtende Arzt wird die schon vor der Verletzung vorhandene „eigenthümliche Leibesbeschaffenheit“ zu berücksichtigen haben. Seelhorst.

Ueber Verletzungen der Brust, speziell des Herzens.

Von Landgerichtsarzt Dr. Wetzel-München.

(Münch. med. Woch. 1902, No. 30.)

Verfasser theilt eine grössere Anzahl von Beobachtungen von Brustverletzungen und Herzwunden mit, welche er bei Sektionen gemacht hat. Sie bieten interessante Einzelheiten, welche im Original nachgelesen werden müssen.

Herzwunden, sowohl penetrirende wie erst recht nicht penetrirende, können spontan heilen, jedoch auch, anfänglich günstig erscheinend, noch durch Nachblutung zum Tode führen, ja, Herzmuskelwunden können, in Heilung begriffen, durch unglücklichen Zufall (z. B. Druckerhöhung bei Defäkation) durch Zerreiassung einer Kranzarterie noch tödtliche Blutung herbeiführen. Durch Infektion können natürlich aus harmlosen Brustwandwunden Entzündungen des Mittelfellraumes, Herzbeutels, Brustfells tödtlicher Natur entstehen.

Die äussere Wunde lässt keine irgendwie sicheren Schlüsse auf die Art der inneren Verletzung zu, Lageanomalien der Organe, anatomischer und pathologischer Art, spielen eine Rolle; öfters entsteht, durch die Bewegungen des Verletzten und der Organe bedingt, ein komplizierter, gewundener Stichkanal, ja mitunter auch neben einander zwei innere Stichkanäle.

Auch die dem Brustraum angrenzenden Arterien müssen bei Verletzungen der Brusthöhle in Rechnung gezogen werden, so z. B. die Achselgefässe.

Einerseits können sehr schwere Herzverletzungen noch relativ lange Lebensdauer zulassen, so starb ein Mann mit Durchschliessung der Lunge und des Herzens erst drei Viertelstunden nach dem Selbstmordversuch und nahm in dieser Zeit noch komplizierte, den Thatbestand trübende Handlungen vor; andererseits können anscheinend leichte Kontusionen der Brustwand schwere, erst nach Jahresfrist den Tod herbei-

führende Organveränderungen (Klappenfehler in Folge Endokarditis, Nierenerkrankung) verschulden. Seelhorst.

Ueber manuelle Reposition von Luxationen ohne Narkose.

Aus dem Krankenhause „Bergmannstrost“ zu Halle a. S. (Prof. Oberst.)

Von Dr. F. Roloff, Assistenzarzt.

(Centr. Bl. f. Chir. 1902 No. 16.)

An einer Reihe von Fällen ist es gelungen, Verrenkungen einzurichten, indem ganz allmählich mit den Händen eine Extension der verrenkten Extremität ausgeübt, der Zug langsam gesteigert und schliesslich, wenn die Gelenkflächen in einer Lage zu einander standen, dass die zwischen ihnen liegenden Hindernisse überwunden waren, eine Rückbewegung der Extremität in die normale Ruhestellung, welche sehr leicht war, da die Gelenkflächen meist schon einander gegenüberstanden, vorgenommen wurde.

Erprobt wurde das Verfahren an Schulterluxationen, bei welchen die Extension in Abduktion bis zur Vertikalen übergang; auch gelang es, 2 Fälle von Vorderarmverrenkung mit dieser Methode einzurichten. Geduld ist nöthig, die Reposition nahm 3—13 Minuten in Anspruch. In 3 Fällen musste in Narkose reponirt werden. Seelhorst.

Ein Fall von Verrenkung des zweiten Halswirbels.

Von Dr. Lapin.

(Wratschbnaja Gazeta 1902, No. 29.)

Der Halstheil der Wirbelsäule wird seltener von Verletzungen betroffen als die übrigen Theile, und zwar kommen hier häufiger Verrenkungen, seltener Brüche vor. Von 1432 Fällen von traumatischen Verrenkungen der verschiedenen Gelenke entfallen auf Verrenkungen sämtlicher Abschnitte der Wirbelsäule im Ganzen fünf Fälle. Die Häufigkeit der Verrenkungen nimmt progressiv in der Richtung von unten nach oben ab. Am häufigsten werden von der Verrenkung die vier unteren Wirbel, besonders der fünfte, selten der dritte und am seltensten der erste und zweite betroffen. Fälle von Verrenkung des zweiten Halswirbels sind nur in sehr geringer Anzahl beschrieben worden. L. fand im Ganzen neun derartige Fälle, von denen sechs von Abreissung des zahnförmigen Fortsatzes begleitet waren. Es giebt also im Ganzen drei reine Fälle von Verrenkung des zweiten Halswirbels. Die Erkennung der traumatischen Verletzungen der Wirbelsäule ist sehr schwer. Früher haben es die Chirurgen überhaupt abgelehnt, Brüche von Verrenkungen zu unterscheiden. Gegenwärtig ist die Differentialdiagnose dank den Röntgenstrahlen zugänglicher geworden. — In dem Fall L.'s handelt es sich um einen 31jährigen Patienten, der am 15. Januar von ca. 8 m Höhe hinunterfiel, mit der rechten Seite des Stirnbeins an den federnden Bretterboden aufschlug und dann mit stark gestrecktem Halse auf die Knie kam; das Bewusstsein verlor er dabei nicht. Zu Hause angelangt, empfand er einen heftigen Schmerz im hinteren Theile des Halses. Den Kopf zu bewegen war er nicht im Stande. Die Nächte verbrachte er sitzend, ohne zu schlafen. Am 18. Januar wurde er in das Krankenhaus aufgenommen.

Status praesens: Patient ist gut gebaut, Muskelsystem gut entwickelt; Kopf unbeweglich, etwas nach hinten gestreckt und nach der linken Seite gebeugt. Kinn und Nasenspitze nach links gerichtet. Halsmuskeln, besonders rechts, stark gespannt. Linke Schulter höher als die rechte. Hinterhauptmuskeln schwach gespannt. Heftige spontane Schmerzen im hinteren Theile des Halses, hauptsächlich links im Gebiet der ersten vier Wirbel. Gleicher Schmerz in der rechten Hälfte des Stirn- und des linken Scheitelknochens. Es sind weder aktive, noch passive Bewegungen des Kopfes möglich. Die Dornfort-

sätze der 4 unteren Wirbel werden an normaler Stelle geföhlt, der Dornfortsatz des zweiten Halswirbels ragt nach hinten hervor und ist nach unten und links (von der Mittellinie) um 0,5 cm dislozirt. Der Fortsatz ist unbeweglich. Eine Krepitation ist nicht vorhanden. Im Gebiet des ersten Halswirbels nichts Abnormes. Per os föhlt man den oberen Rand des Körpers des dritten Halswirbels. Druck auf den Fortsatz giebt keine Krepitation, ruft aber im hinteren Halstheil einen Schmerz hervor. Oberhalb des Vorsprunges befindet sich eine Vertiefung. Schluckvermögen normal. Innere Organe bieten nichts Abnormes. Temperatur normal, desgleichen Nervensystem und Sinnesorgane. Schlaf mangelhaft in Folge der Schmerzen im hinteren Theile des Halses. Der Patient ist nicht im Stande zu liegen und sitzt grösstentheils, den Kopf und den Hals vor Bewegungen schützend.

Diagnose: Verschiebung des Körpers des dritten Halswirbels nach vorn, unvollständige Drehverrenkung des zweiten Halswirbels, Abweichung des Körpers desselben nach hinten und Drehung nach rechts. Am 21. Januar wurde, nachdem am Tage zuvor eine radioskopische Untersuchung ausgeführt worden war, konstatiert, dass die Verrenkung spontan zurückgegangen ist. Es waren aktive Bewegungen des Kopfes möglich: Drehung und Beugung nach allen Seiten. Die Spannung der Muskeln war rechts geringer, desgleichen der Schmerz im hinteren Theile des Halses. Der Dornfortsatz des zweiten Halswirbels ragte weniger nach hinten hervor und befand sich in der Mittellinie. Per os föhlte man den Körper des dritten Wirbels nicht so scharf hervortreten, und in der oberhalb desselben befindlichen Vertiefung föhlte man einen harten knöchernen Körper. Nasenspitze und Kinn zeigen normale Verhältnisse. Um den zweiten Wirbel in seine richtige Lage zu bringen, wurde leichte Massage angewendet, zur Linderung der Muskelspannung Chloroform mit Provenceröl. Die Exkursion der Kopf- und Halsbewegungen wurde immer grösser. Am 18. Februar konnte der Patient als vollständig geheilt entlassen werden. Lb.

Ein Fall von Luxation des linken Radius nach innen hinten.

Aus dem städt. Krankenhause zu Frankfurt a. M.; Dir. Prof. Rehn.

Von Assistenzarzt Dr. Amberger.

(Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie, 33. Bd., Heft 3.)

Verf. beobachtete die bisher nicht beschriebene Luxation bei einem fünf Monate alten Kinde. Die Art der Entstehung, ob angeboren oder bei der Geburt (Sturzgeburt) hervorgerufen, konnte nicht festgestellt werden. Bei der Untersuchung präsentirte sich der linke Vorderarm mit der Streckseite nach oben, während die linke Hand mit der Volarseite nach oben gerichtet war; es schien eine Ueberpronation vorzuliegen, der Daumen war gerade nach aussen gerichtet. Das Radiusköpfchen fehlte an seiner normalen Stelle. Bewegungen im Ellenbogengelenk waren, abgesehen von der sehr beschränkten Pro- und Supination, frei. Mehrfache Röntgen-Aufnahmen ergaben, dass es sich um eine Luxation des Radius nach innen und hinten handelte.

Die Luxation wurde von einem über das Olekranon verlaufenden Schnitte aus blutig reponirt; das Resultat war recht gut.

Verf. erklärt das Zustandekommen der Luxation in der Weise, dass der Unterarm in übermässiger Weise pronirt wurde. Der Radius gelangte in Folge dessen zuerst auf die Vorderfläche der Ulna (Lux. anterior, eine besonders bei Kindern nicht seltene Form der isolirten Radiusluxation) und bei weiter wirkender Gewalt auf ihre Rückseite.

Niehues-Berlin.

Vergiftungen.

Zwei Fälle von Lysolvergiftung.

Von Dr. Tausch, Ass.-Arzt der inneren Abtheilung des Elisabeth-Krankenhauses zu Berlin.

(Berl. klin. Wochenschr. 1902. No. 34.)

Die Selbstmorde durch Lysol scheinen, nicht ohne Schuld sensationeller Zeitungsnachrichten, Mode zu werden. Verf. sah kurz hinter einander zwei Fälle, die zwei verschiedene Formen der Wirkung dieses Giftes veranschaulichen.

Im ersten Fall waren zwei Esslöffel reinen Lysols von einer sonst gesunden jüngeren Frau getrunken worden. Das Krankheitsbild wies als Haupttheile Bewusstlosigkeit und Herzschwäche auf. Der Mund war nur an den Lippen verätzt. Nach Magenspülung trat rasche Heilung ein. Es erfolgte noch ein paarmal Erbrechen, einige Tage bestand geringes Fieber und leichter Luftröhrenkatarrh. Der Harn hatte 1021 spezif. Gewicht, war schwarzbraun, aber eiweissfrei.

Der andere Vergiftete, ein schon älterer Mann, hatte ca. 100 ccm Lysol getrunken. Er war nur kurze Zeit leicht somnolent, sprach aber bald völlig heiser, hatte röchelnde Athmung und ging an Lungenentzündung zu Grunde. Wesentliche Magenbeschwerden hatte er auch nicht, der Harn verhielt sich wie bei der anderen Vergifteten.

Ueber einen Fall von akuter Karbolsäure-Vergiftung.

Von Dr. A. F. Goldenberg.

(Praktischeski Wratsch, 1902, No. 14.)

Ein Bauer bekam aus Versehen statt Schnaps ca. 30,0 Karbolsäurelösung, deren Konzentration zwar nicht genau feststeht, die jedoch sicherlich mehr als 5 Prozent betrug. Der Bauer hat nach Bauernart die Flüssigkeit mit einem Ruck in die Mundhöhle geschleudert, aber sofort Brennen verspürt und noch die Hälfte der Flüssigkeit auszuspucken vermocht. Der hinzugerufene Verf. fand den Kranken, auf dem Bett liegend, mit halb geöffneten Augen. Pupillen nicht erweitert, Reflexe nicht vorhanden; vollständige Bewusstlosigkeit; Puls nicht fühlbar. Lautes Athmen mit Trachealgeräuschen, wie bei Sterbenden. Es wird dem Kranken Natrium sulphuricum eingeflösst, welches jedoch nicht verschluckt und mit einem Hustenstoss herausgeschleudert wird. Trotzdem seit der Vergiftung bereits so viel Zeit verstrichen war, dass der Fall als aussichtslos angesehen werden konnte, entschloss sich Verf. doch, Magenausspülungen vorzunehmen, was bei dem bewussten Patienten, dessen Zähne krampfhaft zusammengepresst waren, allerdings mit grossen Schwierigkeiten verknüpft war. Der Kranke wurde von drei Männern in aufrechter Stellung festgehalten, die Mundhöhle mit Gewalt aufgesperrt. Bei den ersten beiden Versuchen, den Magenschlauch einzuführen, stellte sich heftiges Erbrechen ein, wobei grosse Quantitäten Mageninhalt mit Karbolgeruch entleert wurden. Beim dritten Versuch gelang es, die Sonde in den Magen einzuführen, worauf der Magen ca. 1½ Stunden gespült wurde, bis das Wasser klar und geruchlos zurückkam. Der Patient kam zu sich und erholte sich unter üblicher Nachbehandlung vollkommen. Nach zehn Tagen sah Verf. den Patienten wieder, der sich vollkommen wohl fühlte, zu gehen und zu arbeiten im Stande war und nur über eine gewisse Schwäche und leichten Schmerz in der Magengegend und über mangelhaften Appetit klagte. Verf. meint, dass der Patient seine Rettung dem Umstande verdankt, dass sein Magen bei der Einnahme des Giftes überfüllt war.

Lb.

Zwei Fälle tödtlicher Vergiftung durch Genuss von Schwefelkohlenstoff.

Von Med.-R. Dr. von Brunn, Kreisphys. in Cöthen.

(Zeitschr. f. Med.-Beamte. 1902. No. 18.)

Eine dankenswerthe Bereicherung der geringen Kasuistik der akuten Schwefelkohlenstoffvergiftungen. In beiden Fällen handelt es sich um unglückliche Zufälle bei ländlichen Arbeitern. Der zur Vertilgung von Raubzeug benützte Schwefelkohlenstoff wurde sorglos in Bierflaschen und dergleichen verwahrt und so von Unkundigen gelegentlich getrunken.

Das Krankheitsbild setzte sich aus Magenerscheinungen — Schmerzen und Erbrechen — und Hirnstörungen — Bewusstlosigkeit, Krämpfe — zusammen. Die Farbe der Todtenflecke war hellroth, dem Befunde einer Kohlenoxydvergiftung ähnlich. Bei dem einen Todten fanden sich ausserdem die Todtenflecke von Blutaustretungen durchsetzt. Das Gehirn war gelbgrünlich verfärbt. Chemisch liess sich Schwefelkohlenstoff in den Organen, im Harn und Blut nachweisen, spektroskopisch im Blut nicht.

Ohrenheilkunde.

Soziale Gesetzgebung und Ohrenheilkunde.

Von O. Körner.

(Münchener mediz. Wochenschrift. No. 31, 2. August 1902.)

Verf. giebt der alten Klage über den Mangel einer Prüfung in Ohrenkrankheiten Ausdruck mit dem gewichtigen Hinweis auf die dadurch entstehenden Schwierigkeiten und Fehlschlüsse bei Begutachtungen; er erinnert an die Wichtigkeit der rechtzeitigen Diagnosestellung im Interesse der Kässner, so bei Otitis media acuta, bei Trommelfellrupturen, bei Frakturen der Basis cranii. Für einen Ungeübten ist die Diagnose einer einseitigen Schwerhörigkeit bei Simulanten sehr verlockend; die Hörprüfung mit der Flüstersprache hat ihre bekannten Schattenseiten. Die Beurtheilung der Erwerbsfähigkeit Ohrenkranker sollte man nur dem Spezialisten überlassen. Weiss.

Die Bedeutung der tuberkulösen Belastung für die Entstehung von Ohrenkrankheiten bei Kindern.

Von Ottmann - Marburg.

(Münch. mediz. Wochenschrift No. 29, (22. Juli 1902.)

O. untersuchte 7537 Kinder, von denen 2142 als ohrenleidend befunden wurden; der grössere Theil derselben stammte aus tuberkulösen Familien; die weiterfortgeführte Statistik ergiebt, dass die tuberkulösen Familien doppelt so viel ohrenkranker Kinder haben wie die gesunden. Auf Grund seiner übrigen Nachforschungen kommt O. zu dem Schluss, dass die Zahl schwerhöriger Kinder in einer Familie auch den Grad der tuberkulösen Belastung entspreche und dass durch letztere natürlich die Entstehung von Ohrenkrankungen begünstigt werde.

Ziele und Wege der Funktionsprüfung des Ohres.

Von G. Zimmermann.

Klin. Vorträge aus dem Gebiet der Otologie u. Pharyngo-Rhinologie. Herausgegeben von Haug. Bd. V. Heft 8. Jena 1902.)

Der Autor beginnt seine interessante Studie mit dem Hinweis, dass die Taschenuhrprüfung bisher falsch ausgedrückt wurde, wofür er an der Hand der physikalischen Gesetze den Beweis erbringt. Die Prüfung mittelst der Sprache hat den Vortheil, dass auch gesehen wird, ob der Patient objektiv richtig hört, nicht bloß hört; sie ist aber sehr schwer exakt auszuführen, da man das andere Ohr nur schwierig ausschliessen kann. Z. empfiehlt deshalb eine besondere Kontrollmethode des zu untersuchenden Ohres. Nach einigen persönlichen Bemerkungen betreffs eines Referates Liebermann's kommt Z. auf seine Theorie der Hörmechanik zu sprechen, die be-

kanntlich die alte Helmholtz'sche über den Haufen wirft; als weiterer Beweis für die Richtigkeit jener wird eine Arbeit von Mader, der mittelst Mikrophons die Schalleitung studierte, begrüsst. Die Knöchelchen haben nur mehr den Zweck, allzustarke Eindrücke abzdämpfen; sie haben störende Nachschwingungen zu verhindern. Es wird dann über die Perception und den Ausfall hoher und niedriger Töne eingehender gesprochen; bei Mittelohrerkrankung fallen die tiefen, bei Labyrinthkrankung die hohen Töne aus. Die Schneckenfenstermembran, die nach Helmholtz nur nebensächlich betheiligt war, hat den Zweck, die feinsten Schallschwingungen weiterzuverbreiten, für welche ja die knöcherne Schneckenkapsel nicht geeignet wäre. Andere Wege der Gehörsprüfung, wie z. B. mit dem Klavier, mit den Stimmgabeln hindern ihre Beachtung; dabei wird der Vorschlag, den Rinne'schen Versuch zu streichen, begründet und der so selten angewandte Gelle'sche mehr in den verdienten Vordergrund gerückt. Erörterungen über Schwierigkeiten in differentiell-diagnostischer Beziehung sowie über Simulation und Mittel zu ihrer Entlarvung schliessen seine empfehlenswerthe Arbeit.

Weiss.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die erste Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins

in München am 15. und 16. September.

Der Deutsche Medizinalbeamtenverein hielt seine erste Hauptversammlung am 15. und 16. September in München ab. An derselben nahmen 108 Mitglieder theil. Den Vorsitz führte Geh. Med.-Rath Dr. Rapmund-Minden. Nach Begrüssung seitens der Behörden und Vertreter einzelner Bundesstaaten und der Stadt München erstattete der einstweilige Schriftführer, Dr. Flinzer-Plauen, den Jahresbericht. Von den Angaben des Berichtes sei nur hervorgehoben, dass der Verein bereits 1136 Mitglieder zählt.

Die aufgestellten Satzungen des Vereins wurden en bloc angenommen und dabei dem Vorstande anheimgegeben, einzelne redaktionelle Aenderungen vorzunehmen. Der einstmalige Vorstand wurde einstimmig wiedergewählt, mit der Ausnahme, dass an Stelle des Dr. Waibel-Kempton der Bezirksarzt Dr. von Dall' Armi-München trat.

Den wissenschaftlichen Theil eröffnete Geh. Rath Prof. Dr. Fritsch-Bonn mit dem Vortrage: Ueber die Bedeutung der Einwilligung der Patienten zu operativen Eingriffen. Referent betonte die durch die Fortschritte der Medizin, namentlich der Hygiene, und durch die Unfallgesetzgebung veränderten Verhältnisse, welche das ärztliche Können bezüglich der Vorbeugung und Heilung von Krankheiten bedeutend erweitert haben. Ja noch mehr, der Kranke soll nicht allein geheilt, er soll auch wiederum arbeitsfähig werden. Die zur Heilung nothwendigen Operationen sind in letzter Zeit, auch von höchsten Gerichtshofen, als Körperverletzungen aufgefasst. Die Untersuchung über die Strafbarkeit dieser Operationen ist eine rein juristische, in jedem Falle ist aber eine Operation, die den Zweck hat, einen Menschen zu heilen, niemals eine Körperverletzung oder eine Misshandlung. So weit es möglich, soll jeder Arzt zu einer Operation sich der Zustimmung des Patienten vergewissern. Gesetzliche Bestimmungen jedoch über die Nothwendigkeit der Einwilligung der Patienten zu einer Operation liegen nicht im Interesse der Aerzte, noch weniger im Interesse der Patienten. Das Einholen der Einwilligung ist vielmehr eine ethische Pflicht des Arztes, kann aber weder zur Exkulpation bei fehler-

haftem Handeln noch zur Rechtfertigung des ärztlichen Handelns überhaupt dienen.

Prof. Dr. Cramer-Göttingen bespricht den normalen und pathologischen Rausch in der forensischen Praxis. Obgleich der Rausch als Folge übermässigen Alkoholgenusses stets etwas Krankhaftes, eine Vergiftung ist, so kommt er im Leben so häufig vor, dass der gewöhnliche Rausch im Volksbewusstsein als eine Krankheit nicht angesehen wird. Von diesem Rausch, bei dem der Träger seine „Direktion“ noch immer behält, ist der eigentlich pathologische Rausch zu unterscheiden. Derselbe entsteht 1. in einem invaliden Gehirn, dessen Störungen angeboren oder erworben, dauernd oder vorübergehend sein können. Zu diesen Störungen gehören Epilepsie, Schwachsinn, Hysterie, degenerative Zustände, — Trauma, akute Infektionskrankheiten, Neurasthenie, chronischer Alkoholismus, Arteriosklerose, Lues, organische Gehirnerkrankungen wie Paralyse, senile Demenz und (selten) Apoplexie. Zum Zustandekommen des pathologischen Rausches gehört ferner ein begünstigendes Moment. Dieses kann gegeben sein durch starke Ueberanstrengungen, Infektionskrankheiten, starke Hitze, sexuelle Exzesse, Trauma, Affekte, erschöpfende Momente, Tabakgenuss u. s. w. Drittens endlich wird der pathologische Rausch charakterisirt durch eine Reihe von Erscheinungen, welche beim gewöhnlichen Rausch fehlen: Sinnestäuschungen, Angstzustände, delirante Zustände, Pupillenveränderungen, ferner Erinnerungsdefekte, Bewusstseinsstörungen, Störungen am Anfang und am Ende des krankhaften Zustandes, terminaler Schlaf u. s. w. Die Handlungen im pathologischen Rausch sind häufig Gewaltakte.

In der Diskussion weist Dr. Gudden-München auf die gesteigerte Erregbarkeit nach dem Terminalschlaf und auf den trägen Ablauf der Pupillenreaktion hin.

Kreisassistentenarzt Dr. Wolff-Stralsund referirt über den jetzigen Stand des serodiagnostischen Verfahrens zur Unterscheidung der verschiedenen Art von Blut, Milch u. s. w. Die Uhlenhuth'sche Reaktion ist jetzt als eine sichere zu betrachten. Sie gelingt mit allen Jahre lang eingetrockneten Blutspuren und sogar mit faulendem Blut. Ferner gelingt es, durch Injektion von Milch verschiedener Herkunft, von Fleischauszügen aus gekochtem Fleisch bei Versuchsthiereu spezifische Präzipitine zu erzeugen, welche immer nur gegenüber den Lösungen derjenigen Eiweisskörper, welche den Thieren einverleibt wurden, fällend einwirkten, so dass Verfälschungen z. B. von Hackefleisch, Würsten u. s. w. mit minderwerthigem Fleischmaterial leicht zu erkennen sind. Bei den Schwierigkeiten, welche mit der Gewinnung und Prüfung der Sera verknüpft sind, muss es als wünschenswerth bezeichnet werden, dass besondere Institute damit betraut werden. Die Ausführung der Reaktion jedoch soll den einzelnen Gerichtsärzten vorbehalten bleiben.

In der Diskussion bemerkt Prof. Dr. Ziemke-Halle, dass er einschlägige Untersuchungen zur Unterscheidung von Sperma angestellt habe, die jedoch zur Zeit noch nicht beendet sind.

Am zweiten Sitzungstage sprach Prof. Dr. Fränkel-Halle über wissenschaftliche und praktische Hygiene. Fränkel beschränkte sich hierbei auf das Gebiet der Infektionskrankheiten, besprach in formvollendeter Weise die einzelnen Krankheiten und die Wege ihrer Ausbreitung. Sodann wandte er sich zu den bei Ausbruch einer Krankheit zu ergreifenden Massregeln. F. fordert:

1. eine frühzeitige Erkennung der Krankheit,
2. eine strenge Durchführung der Anzeigepflicht,
3. die Absonderung der Erkrankten,
4. die Desinfektion (dauernde, Schlussdesinfektion),
5. Prüfung und Sperrung der Infektionswege.

Für die frühzeitige Erkennung sind öffentliche Anstalten, bakteriologische Laboratorien in grösserer Anzahl erforderlich, mindestens für jeden Regierungsbezirk je eines. Ueber die Stellung derselben, ob Abtheilungen bei den hygienischen Universitätsinstituten oder selbständige Laboratorien bei den Regierungen, lasse sich streiten; er selbst befürwortet die entsprechende Erweiterung der Universitätsinstitute.

Kreisarzt Dr. **Pfannmüller-Offenbach** spricht über die Beteiligung der Medizinalbeamten bei der Wohnungsbeaufsichtigung und berichtet zunächst über die Bestimmungen des 1893 im Grossherzogthum Hessen erlassenen „Gesetzes über die Beaufsichtigung der Miethwohnungen, Schlafstellen und Schlafräume“ und die mit diesem Gesetz gemachten Erfahrungen. Dieselben sind durchaus günstig gewesen, im Kreise Offenbach z. B. ist keine Bestrafung wegen Nichtbefolgung der getroffenen polizeilichen Massnahmen nöthig gewesen. Zur weiteren Durchführung dieses Gesetzes wird durch Gesetz vom 7. August 1902, betreffend Wohnungsfürsorge für Minderbemittelte, den Gemeinden aus der Landeskreditkasse Darlehen zu mässigem Zinsfusse gewährt. Diese Gesetzgebung kann als Vorbild für die übrigen Landestheile gelten.

Zum Schluss leitet Kreisarzt Dr. **Steinmetz-Strassburg** noch eine Diskussion ein über die Errichtung einer Zentral-Auskunftstelle über Kurpfuscher. Jeder Kreisarzt soll authentisches Material, namentlich auch gerichtliche Entscheidungen über Kurpfuscher sammeln und dasselbe dann abschriftlich den interessirenden Kreisärzten oder an eine Zentralstelle mittheilen. Es wurde dem Vorstande anheimgegeben, für die nächste Sitzung besondere Vorschläge zu machen.

Zum Schluss wurde dem Vorsitzenden von den versammelten Mitgliedern der Dank für die umsichtige Leitung ausgesprochen.
A. N.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten

Originalbericht der Aerztl. Sachverst.-Zeitung.

Sitzung vom 12. Mai 1902.

Vor der Tagesordnung stellt

Herr **Toby Cohn** einen Fall von Raynaud'schem Symptomenkomplex mit Sklerodermie vor.

43j. Pat., deren Vater an Krämpfen gestorben ist und deren Kinder sämmtlich todt sind, erkrankte vor 7 Jahren unter Schmerzen und Kribbeln in beiden Händen, welche besonders bei Kälte blau und weiss wurden, an Geschwüren und Verlust der Enden beider Zeigefinger und des rechten Mittelfingers. Seit ca. 2 Jahren traten dieselben Erscheinungen an den Füssen hervor. Gleichzeitig bekam Pat. Spannungsgefühl in den Gliedern und im Gesicht, Magenbeschwerden, zuletzt Kopfschmerz und Schwindel. Es bestanden Differenz der Pupillen, gesteigerte Knieschollenreflexe, Herzschwäche und Verdickung der Haut namentlich an den Füssen und Unterschenkeln, am Rücken, an beiden Händen und stellenweise im Gesicht. Die Haut war hart, glänzte speckig und war abnorm an Rumpf und Gliedern pigmentirt. Die Finger livide mit leichenblassen Enden und Verstümmelung beider Zeigefinger des rechten Mittelfingers. Theilweise sind die Finger ankylosirt, die passiven Bewegungen schmerzhaft, ebenso wie an den steifen Füssen. Die Fuss- und Zehenhaut ist marmorirt, livide oder blass, an der linken Grosszehe und der rechten kleinen Zehe sind kleine Geschwüre sichtbar. Die Verbindung

von Sklerodermie und den vasomotorischen Störungen der lokalen Asphyxie und Synkope wäre häufig; selten aber dabei das Bestehen einer symmetrischen Gangrän wie in dem vorgestellten Falle.

An der Diskussion beteiligten sich die Herren **Oppenheim**, **Laehr** und der Vortragende.

Tagesordnung:

1. Herr **Bloch**: Krankenvorstellung.

57j. Patientin, hat seit 10 Jahren einen Tic convulsif im Gebiete des rechten Facialis. (Zuckungen in der rechten Gesichtshälfte). Nach erfolgloser anderweitiger Behandlung (Brom, Galvanisation) wurden Antipyriminjektionen in der Parotisgegend (wöchentlich 2—3 mal je eine Spritze einer Lösung von Antipyrin mit aqua destillata zu gleichen Theilen) vorgenommen. Danach liessen die Zuckungen fast völlig nach, es trat eine Lähmung im Gebiet des Stirnfacialis ein, während das mittlere und untere Facialisgebiet normale Funktion behielt. Der beachtenswerthe Heilerfolg halte jetzt schon im dritten Monat an, auch in dem nicht gelähmten Nervengebiet. Die Lähmung sei mechanisch bedingt, durch Druck auf den Nerven hervorgerufen. Auffallend sei, dass die Schädlichkeit, die alle drei Aeste des Nerven treffen musste, nur die Schläfenstirnäste affizirt hat. Die partiellen Facialislähmungen wären überhaupt nicht zu häufig. Die Lähmung sei eine ähnliche wie die durch Dehnung des Facialis bei Tic convulsif hervorbrachte (**Bernhardt**), wobei in einem Fall die Zuckungen nach 10 Monaten wieder auftraten, weshalb die Prognose mit Vorsicht zu stellen sei.

Herr **Bernhardt**, **Remak** und **Bloch** beteiligten sich an der Diskussion.

Herr **Henneberg**: Hirntumor und Taboparalyse.

Zufälliges Zusammentreffen von Taboparalyse und Fibrom der Dura in der Gegend des Türkensattels; die Geschwulst hatte das Chiasma stark komprimirt und Blindheit hervorgerufen. Eine Diagnose des Tumor war nicht möglich.

Herr **Jolly**: Zwei Fälle von Paralysis agitans (Krankenvorstellung).

1. 32j. Mann, vor 2 Jahren mit Kreuzschmerzen erkrankt, zeigt charakteristische Haltung, Starre, wenig Tremor, Pro- und Retropulsion, fast bulbäre Sprache, schlechte Reaktion der Pupillen, Steigerung der Kniereflexe, Fussklonus, links Babinsky, euphorische Stimmung, unbezwingliches Lachen bei geringer Veranlassung. Annahme einer Komplikation von Paralysis agitans mit multipler Sklerose.

2. 54j. Mann, mit typischen Erscheinungen der Paralysis agitans. Aetiologie von Interesse: 1/2 Jahr vor Beginn der P. a. Kontusion des rechten Beins durch Fall nach Schlag mit einer Deichsel gegen das Bein. Heilung mit 14 Tagen und Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit. Nach 1/2 Jahr Zittern zuerst im getroffenen rechten Bein, dann im linken und dann erst in den Armen; nach 2 Jahren Erwerbsunfähigkeit. Mehrfache Begutachtungen, zuletzt in der Charité auf Veranlassung des Reichsversicherungsamtes. J. betont, dass die Voraussetzungen, welche gemacht werden müssen, um mit Wahrscheinlichkeit den Zusammenhang zwischen Trauma und Paralysis agitans annehmen zu können, nämlich erstens zeitlicher Zusammenhang und dann das Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen in dem vom Trauma affizierten Körperteil, in diesem Falle zutreffen. Das Trauma könne als auslösendes Moment wirken, während im Allgemeinen innere Ursachen, die durch das Lebensalter gegebene Disposition, eventuell hereditäre Momente, die Paralysis agitans verursachen.

Die Diskussion von Herrn Oppenheim, Remak, Bernhardt und Jolly dreht sich namentlich um die eigenthümliche Sprachstörung im ersten Falle, welche auf die Schüttellähmung, auf Rindenläsion (Erweichungsherde) oder auf Kombination mit multipler Sklerose bezogen wird. M. E.

Sitzung vom 9. Juni 1902.

1. Herr Kurt Mendel demonstriert an einem Fall von infantilen Myxödem die günstige Wirkung der Organtherapie. Das typisch myxödematöse Kind von 8½ Jahren ist seit dem dritten Jahre im Wachstum stehen geblieben. Es hat seit einem Jahr Thyreoidintabletten 0,1 pro Tag, ansteigend bis 0,3 ohne ungünstige Nebenwirkungen erhalten. Auffallende Besserung. Lebhafteres Wesen, zwei neue Schneidezähne, dichtere Haare, geringerer Leibumfang, Zunahme der Körpergrösse um 10 cm. Das Röntgenbild der ersten Aufnahme Juni 1901 entspricht dem eines drei Jahre alten Kindes, das zehn Monate später angefertigte (Dr. Levy-Dorn) einem sieben Jahre alten Kinde. Die Knochen sind viel grösser und stärker entwickelt, viele neu hinzugekommen.

2. Herr Liepmann: Ueber Apraxie mit klinischer und anatomischer Demonstration (Gehirn des im März 1900 vorgestellten Falles von Apraxie.)

Der jetzt zur Sektion gekommene Kranke war einseitig apraktisch, d. h. er gebraucht die Gegenstände verkehrt, obwohl er sie richtig erkannte und auffasste. Er war also nicht agnostisch. Daher erwartete L., dass die Hinterhaupt- und Schläfenlappen unversehrt seien. Der Kranke war auch nicht ataktisch, hatte aber den Zweckcharakter der Bewegung verloren. Die Apraxie verhalte sich zur Ataxie wie die Aphasie insbesondere die Paraphasie zur Artikulationsstörung. Es handle sich um eine Bewegungsverwechslung; es wird eine koordinierte Bewegung statt der verlangten gemacht, oder es wird keine normale Zweckbewegung gemacht. Auch um Seelenlähmung (Brunns-Oppenheim) könne es sich bei der Apraxie nicht drehen, da bei ersterer nur eine Erschwerung der willkürlichen Beweglichkeit vorliege, welche bei starkem Zureden und Ausübung eines gewissen Zwanges schwinde und zur Eupraxie führe.

Dem Apraktischen ist der Arm zum umbrauchbaren Instrument geworden.

Im weiteren Krankheitsverlauf stellten sich noch zwei Schlaganfälle bei dem Patienten ein, wodurch erst eine rechtsseitige, dann eine linksseitige Hemiplegie erzeugt wurde. An einer Pneumonie starb er. Die Annahmen des Vortragenden über den Sitz der Affektion fanden sich bei der Sektion im Wesentlichen bestätigt. Es ergab sich ausser starker Arteriosklerose eine muldenförmige Einsenkung des linken Gyrus supramarginalis und oberen Scheitellappchens, darunter eine Cyste, in der linken Insel eine schmale Cyste, ein sehr atrophischer Balken mit einer kleinen Cyste, rechts ein symmetrisch gelegener kleinerer Herd im Gyrus angularis und ein Herd in der inneren Kapsel.

Zum Schluss stellt L. noch einen neuen Fall von Apraxie vor, welcher aber die Störungen in weniger ausgeprägter Weise zeigt. Der Kranke kann namentlich mit der linken Hand alltägliche Verrichtungen nicht richtig ausführen. Die nicht apraktischen Gesichtsmuskeln erweisen dabei sein erhaltenes Sprachverständnis. Ausserdem besteht Sprach-, Schrift- und Lesestörung. L. nimmt doppelseitigen Scheitellappenherd auch in diesem Fall an.

Herr Oppenheim giebt gewisse Differenzen zwischen der Apraxie und der Seelenlähmung zu, hält diese Unterschiede aber für keine durchgreifenden und bedauert im

Interesse einer völligen Klarstellung des Falles den Befund von so mannigfachen Veränderungen im Gehirn.

Herr Liepmann schliesst die Diskussion mit einigen Bemerkungen über das Verhältniss von Seelenlähmung zur Apraxie. (Schluss folgt.)

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Aerztliches Obergutachten, betreffend die traumatische Entstehung eines Schenkelbruches.

Auf Ersuchen des Reichs-Versicherungsamts habe ich am 13. Juli 1901 die Expedientin Charlotte A. ärztlich untersucht.

Die Klagen der A. bestehen zur Zeit in ziehenden Schmerzen im Leibe und der Umgebung der Operationsnarbe, die sich beim Stehen so erheblich steigern sollen, dass die A. ihrer Meinung nach erwerbsunfähig ist.

Objektiv ergibt sich bei der für ihr Alter recht kräftigen und gut genährten Frau in der rechten Schenkelbeuge eine 5 cm lange feste Narbe. Beim Aufstehen und Husten treten in der Schenkelbeuge keinerlei Ausstülpungen oder Hervorwölbungen des Bauchinnern (d. h. also kein erneut auftretender Bruch) hervor, so dass die A. durch die am 4. Juli 1900 vorgenommene Operation zur Zeit als vollkommen geheilt von ihrem Bruchleiden zu gelten hat.

Aus den Angaben der A. geht hervor, dass sie am 16. Mai 1900 einen Fall erlitten hat, der nach ihrer bestimmten, heute hier gemachten Aussage auf die linke Hüfte erfolgte, die von Blut schwarz unterlaufen gewesen sein soll. Gleich darauf will sie in der rechten Leistenbeuge an der Stelle der Schenkelbruchpforte eine Geschwulst wahrgenommen haben, die am 20. Mai 1900 dem Arzte gezeigt wurde. Nach sechswöchentlichem Wohlbefinden traten Anfang Juli 1900 Einklemmungserscheinungen auf, und am 4. Juli 1900 wurde die A. im städtischen Krankenhaus am Urban an einem typischen kleinen, eingeklemmten Schenkelbruch operiert und geheilt.

Was die Entstehung der Schenkelbrüche anbetrifft, so geht dieselbe in der Regel ganz allmählich vor sich, indem das Bauchfell sich an einer neben der Schenkelvene befindlichen schwachen Stelle vorwölbt, also einen Bruchsack bildet, in den dann Eingeweide eindringen.

Während bei Leistenbrüchen unter gewissen Umständen (in seltenen Fällen)¹⁾ durch eine Verletzung, welche die Leistengegend (Leistenkanal) besonders betrifft oder die mit starker plötzlicher Erhöhung des Druckes in der Bauchhöhle einhergeht, die Entstehung eines Leistenbruches verursacht werden kann, ist die Entstehung eines Schenkelbruches nach Verletzung sehr viel seltener. Mir ist kein Fall, welcher zweifelsfrei wäre, aus der Literatur oder aus meiner Erfahrung bekannt, womit natürlich nicht ausgeschlossen ist, dass gelegentlich ein Schenkelbruch durch einen Unfall bedingt sein kann.²⁾

¹⁾ So hat Lauenstein (Deutsche Medizinische Wochenschrift No. 26, 1890) einen Leistenbruch durch Unfall beschrieben.

Bilfinger (Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 64 I, S. 177) berichtet ebenfalls von einem Bruch, der durch einen Unfall (Stoss durch ein Ochsenhorn in der linken Unterbauchgegend) hervorgerufen wurde, und führt in seiner Abhandlung einige weitere Fälle an, die den Zusammenhang zwischen einem Unfall und einem Eingeweidebruch sicherstellen. — Ebenso Galin-Langenbecks Archiv, Bd. 60.

²⁾ So hat z. B. Professor Narath in Utrecht in einer Reihe von Fällen nach gewaltsamer Reposition (Einrenkung) von ange-

Was den in Rede stehenden Fall anbetrifft, so muss zunächst gesagt werden, dass die von der A. angegebene Art der Verletzung (Fall auf die linke Hüfte, woselbst ein grosser Bluterguss entstanden sein soll) durchaus nicht als geeignet erscheint, eine plötzliche Bruchbildung in der rechten Schenkelbruchgegend hervorzurufen. — Gegen die Entstehung des Bruches durch den Unfall spricht ferner, dass die A. und auch der behandelnde Arzt Dr. F. angegeben haben, es sei unmittelbar nach dem Falle eine Geschwulst hervorgetreten. Wenn durch eine Verletzung das weiche Gewebe, das für gewöhnlich eine Lücke neben der Schenkelvene (Schenkelkanal) verschliesst, zerrissen wird — was im Bereiche der Möglichkeit liegt —, so kann doch im unmittelbaren Anschluss an diese Verletzung eine Hervorstülpung des Bauchfelles mit Nachdringen der Eingeweide (d. h. also ein Eingeweidebruch) nicht erfolgen. Vielmehr entwickelt sich diese Vorstülpung des Bauchfelles erst ganz allmählich, indem das Bauchfell, das an der betreffenden Stelle seine normale Stütze verloren hat, vorgedrängt wird, eine Art Sack bildet, in den später Eingeweide eintreten. Also spricht gerade das von der A. behauptete sofortige Hervortreten des Bruches entschieden gegen eine Entstehung des Bruches durch den Unfall. Es ist vielmehr anzunehmen, dass ein kleiner, leerer Bruchsack bereits vorhanden war und der Eintritt von Eingeweide in diesen Bruchsack erst bei Gelegenheit des Unfalls bemerkbar geworden ist.

Bei der am 4. Juli 1900 vorgenommenen Operation wurde ein kleiner Bruchsack an typischer Stelle vorgefunden, in welchem etwas Besonderes — wie Reste eines Blutergusses — nicht nachgewiesen werden konnte.

Mein Gutachten fasse ich dahin zusammen, dass bei Schenkelbrüchen eine sichere Entstehung durch eine Verletzung noch viel seltener ist als bei Leistenbrüchen. Hingegen ist eine selbständige (spontane) Bruchbildung, namentlich bei älteren Frauen sehr häufig. Im vorliegenden Falle vermag ich nicht anzunehmen, dass durch den Sturz am 16. Mai 1900 der Schenkelbruch entstanden ist, sondern kann höchstens zugeben, dass in Folge des Sturzes vorübergehend Eingeweide in den bereits bestehenden Bruchsack eingetreten sind.

Die Brucheinklemmung vom 4. Juli 1900, von der die A., wie überhaupt von ihrem Bruchleiden durch die Operation vollkommen geheilt wurde, steht mit dem Falle vom 16. Mai 1900 in keinerlei Zusammenhang, sondern datirt höchstens vom 1. Juli 1900 ab.

Berlin, den 22. Juli 1901.

Professor Dr. W. Körte,

Sanitätsrath und Direktor der chirurgischen Abtheilung
des Städtischen Krankenhauses am Urban.

Nach der durch dieses Obergutachten gewonnenen Aufklärung hat auch das Rekursgericht eine traumatische Entstehung des Schenkelbruches der Klägerin nicht für wahrscheinlich erachtet, und dieser deshalb, ebenso wie die Vorinstanzen, die Gewährung einer Unfallentschädigung versagt. (Amtl. Nachr. d. R.-Vers.-Amts.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Funke und Hering, Die gerichtlichen Kosten des Verfahrens vor dem Reichs-Versicherungsamt und den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung.

borenen Hüftgelenksverrenkungen eine Bruchbildung in der Schenkelbeuge allerdings nach aussen von der gewöhnlichen Stelle festgestellt (vergleiche Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 59, 1899).

Berlin 1902. Verlag von A. Asher & Con. VIII und 219 S. Gross-Oktav. In Lwd. geb. M. 3,80.

Das auf Grund amtlichen Materials verfasste und eingehend kommentirte Werk enthält u. A. eine systematische Darstellung der Vorschriften über die Berechnung der Zeugen- und Sachverständigengebühren — unter besonderer Berücksichtigung der den deutschen Aerzten im Streitverfahren vor dem Reichs-Versicherungsamt und den Arbeiterversicherungs-Schiedsgerichten zustehenden Gebühren — und bietet den Verwaltungen von Krankenanstalten eine werthvolle Anleitung bei der Behandlung der Kosten, welche ihnen durch die Beobachtung der vom Reichs-Versicherungsamt und den Schiedsgerichten eingewiesenen Personen erwachsen.

Die gesetzlichen Grundlagen für die Berechnung der Gebühren der ärztlichen Sachverständigen in Unfallversicherungssachen sind, wie bekannt, keineswegs für Jedermann durchsichtig. Die Kaiserlichen Verordnungen, betreffend das Verfahren vor den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung und vor dem Reichs-Versicherungsamt verweisen hinsichtlich dieser Gebühren auf die deutsche Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige. § 13 dieses Gesetzes hält wiederum die für gewisse Arten von Sachverständigen bestehenden besonderen Taxvorschriften aufrecht, und letztere sind sehr mannigfaltig. So gilt für Preussen das Gesetz betreffend die den Medizinalbeamten für die Besorgung gerichtsarztlicher u. s. w. Geschäfte zu gewährenden Vergütungen vom 9. März 1872, welches zwar an erster Stelle nur für die beamteten Aerzte bestimmt ist, aber nach seinem § 7 auch auf nichtbeamtete Aerzte in Ermangelung anderweiter Verabredung Anwendung finden soll, wenn sie zu den dort behandelten Verrichtungen amtlich aufgefördert werden. Diese Vorschriften werden aber sämmtlich wieder durchbrochen durch den vom Reichs-Versicherungsamt aufgestellten und auch dem Rechnungshof des Deutschen Reichs gegenüber mit Erfolg vertretenen Grundsatz, dass die Gebührenfestsetzung für Universitätsprofessoren, Leiter grösserer Krankenhäuser und andere hervorragende Sachverständige, welche nicht zu den beamteten Aerzten gehören, nach freiem Ermessen entsprechend der Leistung im Einzelfall zu geschehen habe, bis zu einem Höchstbetrage von 60 Mk. für das schriftliche Gutachten einschliesslich der Vorbereitung (Untersuchung, Anstaltsbeobachtung etc.), sofern sie von einem Schiedsgericht oder dem Reichs-Versicherungsamt unmittelbar zur Erstattung schriftlicher Gutachten zugezogen werden.

Diese und ähnliche für den Praktiker wichtige Grundsätze und geltende Gesetze sind nach den Bundesstaaten sehr übersichtlich geordnet vollständig dargestellt.

Das Reichs-Versicherungsamt empfiehlt das Buch mit den Worten: „Es ist für alle mit der Arbeiterversicherung in Berührung stehenden Kreise (auch für Aerzte, Krankenanstalten) von besonderem Werthe.“ (Amtl. Nachrichten des R.-V.-A., 1902, S. 553.)

Wir können uns dieser Empfehlung des gediegen ausgestatteten Werks um so mehr anschliessen, als es das erste und einzige seiner Art ist und eine Lücke ausfüllt, die sich in Interessentenkreisen schon oft bemerkbar gemacht hat.

Auf Einzelheiten behalten wir uns vor, später zurückzukommen.

R—e.

Tagesgeschichte.

Staatliche Zentralstelle für die gerichtliche Blutprüfung.

Die Errichtung einer staatlichen Zentralstelle für die gerichtliche Blutprüfung verlangt Stabsarzt Dr. Uhlenhuth vom

hygienischen Institut der Universität Greifswald in einer Arbeit über die praktischen Ergebnisse der forensischen Serodiagnostik des Blutes, die er in der „Deutsch. med. Wochenschr.“ veröffentlicht. Er kommt zu dem folgenden Schlusse: „Die spezifische Serumdiagnose zur Erkennung von Blut arbeitet forensisch ausserordentlich exakt und sicher, aber nur dann, wenn man alle in Betracht kommenden Kautelen auf das Sorgfältigste beachtet. Um das zu können, bedarf es längerer Uebung und Erfahrung, die man von vornherein bei den auf diesem Gebiete unerfahrenen Gerichtschemikern nicht voraussetzen kann. Zu einer exakten forensischen Blutuntersuchung gehört ein brauchbares, staatlich geprüftes Serum und ein erfahrener Sachverständiger. Fehlen diese beiden Faktoren, so sind schwere Irrthümer nicht ausgeschlossen, und die an sich so exakt arbeitende Methode kommt gar zu leicht in Misskredit. Es ist daher die Errichtung einer Zentralstelle nicht nur für die Serumgewinnung und Serumprüfung, sondern auch für die Unterweisung und Belehrung der gerichtlichen Sachverständigen ein dringendes Bedürfniss. Bei dem Interesse, welches das Justiz- und Kultusministerium dieser neuen Methode entgegengebracht haben, dürfte die Einrichtung einer solchen Zentralstelle bald zu erwarten sein.“

Bekämpfung der Malaria in Oesterreich.

Das Oesterreichische Ministerium des Innern verkündet an alle Landesbehörden einen Erlass, der die Grundsätze der Verhütung und Bekämpfung des Wechselfiebers enthält. Es wird darin der Irrthum bekämpft, dass giftige Ausdünstungen die Krankheit erzeugen, und darauf hingewiesen, dass dieselbe durch Mücken übertragen wird. Zur Abwehr der Malaria-mücken wird empfohlen: das Anbringen von Schutznetzen aus Draht vor den Wohnungen, das Räuchern mit angezündetem dalmatinischen Insektenpulver, das Tragen mückensicherer Kopfmasken und Aermelhandschuhe beim Aufenthalt im Freien zwischen Sonnenuntergang und -aufgang, in letzter Linie der Gebrauch von Chinin nach ärztlicher Anordnung. Zum Schluss wird darauf hingewiesen, wie gefährlich der Malariakranke seiner Umgebung ist, wie unzuverlässig der Laie und wie sicher und leicht der Arzt das Bestehen der Krankheit beurtheilen kann, und dass jede Malaria-Behandlung planvoll geleitet werden muss, um Erfolg zu sichern.

Geisteskrankheiten in England.

Bis 1859 hat der Prozentsatz der englischen Bevölkerung an Geisteskranken ständig zugenommen. Damals kamen auf 10000 Einwohner 18,67 Geistesranke, jetzt sind es 33,55. Unter 34 Jahren herrschen die Männer, im höheren Alter die Frauen vor. Unter den meist vertretenen Berufen steht an erster Stelle der der Aerzte; dann folgen Advokaten, Kutscher, Schauspielerinnen, Geschäftsreisende, Tabakhändler, Soldaten u. s. w. Als Hauptursache der Zunahme, besonders in den Arbeiterkreisen, wird der Alkoholmissbrauch aufgefasst.

Neue Ministerial-Erlasse.

Erlass vom 10. Juli 1902 betr. die Medizinalbeamten-Versammlungen.

Es wird genehmigt, dass denjenigen Medizinalbeamten, die ausserhalb der Versammlungsorte wohnen, Reisegelder und Tagegelder für einen Tag gezahlt werden, um ihnen die Theilnahme an den Medizinalbeamten-Versammlungen zu erleichtern. Ferner soll im Interesse einer möglichst einheitlichen Handhabung der neueren Gesetze ein Kommissar zu einigen Versammlungen entsendet werden. Im Allgemeinen sollen die Monate Oktober,

November, Dezember zur Abhaltung der Medizinalbeamten-Versammlungen in Betracht kommen.

Erlass vom 25. Juli 1902, betr. Beaufsichtigung der Impfärzte.

Diejenigen Kreisärzte, welche als öffentliche Impfärzte thätig sind, sollen von der Beaufsichtigung der von ihnen besorgten Impfbezirke ausgeschlossen sein, dagegen können sie mit der Beaufsichtigung der übrigen Impfärzte ihres Kreises und ausserhalb ihres Kreises in Vertretung des Regierungs- und Medizinalrathes unbedenklich betraut werden.

— vom 23. August 1902, betr. Ladung von Beamten als Zeugen etc. vor die Militärgerichte.

Zugleich mit der Ladung des betr. Beamten ist eine Abschrift der Ladung an die vorgesetzte Behörde des Beamten zu übersenden, ebenso die vorgesetzte Behörde von einer Aufhebung des Termins oder Abbestellung des Zeugen zu benachrichtigen.

— vom 12. Juli 1902 betr. Reklame des „Institut de la surdité des maladies de la gorge et du nex“ zu Paris.

Die Bevölkerung soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass es sich bei den Veröffentlichungen des genannten Instituts, welches das sogenannte Audiphon Bernhard vertreibt, um ein Schwindelunternehmen handelt.

— vom 17. Juni 1902 betr. Nachrichtenaustausch mit der niederländischen Regierung über das Auftreten ansteckender Krankheiten in den Grenzgebieten.

Die Nachrichten über das Auftreten von ansteckenden Krankheiten sollen sich auch auf Cholera und Pocken beziehen. Von asiatischer Cholera, Pocken und Pest sollen schon in den ersten Fällen, nicht erst bei Epidemien Mittheilung gemacht werden.

— vom 25. Juli 1902 betr. Bekämpfung der Maul- und Klauen-seuche.

— vom 29. Juli 1902 betr. Kontrolle der Seeschiffe aus Madagaskar wegen Pestgefahr.

— vom 2. August 1902 betr. Kontrolle der Seeschiffe aus dem Suezkanal und aus ägyptischen Häfen am Mittelmeer wegen Cholera-gefahr.

Verfügung vom 11. August 1902 betr. Zulassung unfrankirter Postkarten, mittelst deren Fälle von ansteckenden Krankheiten zur Anzeige gebracht werden, unter der Bezeichnung „Portopflichtige Dienstsache“.

Die Vergünstigung bezieht sich auf Anzeigen von Erkrankung oder Tod an Lepra, asiatischer Cholera, Flecktyphus, Gelbfieber, Pest und Pocken.

Erlass vom 19. August 1902 betr. Kontrolle der Seeschiffe aus Odessa wegen Pestgefahr.

— vom 22. August 1902 betr. Mittheilung von dem Auftreten gefährdender Volkskrankheiten an die Militärbehörden.

Im Anschluss an einen besonderen Fall, in welchem während eines Zeitraumes von 3 bis 4 Wochen 26 Fälle einer ansteckenden Krankheit in einem Institut aufgetreten waren, ordnet der Minister an, dass solche Hausepidemien anzeigepflichtig sein sollen. Zwar könne man hier nicht von einem „gehäuften“ Auftreten sprechen, aber es liege im Interesse der öffentlichen Gesundheit, sich nicht ängstlich an den Wortlaut der betreffenden Verordnung zu halten, sondern vor Allem den Sinn derselben im Auge zu behalten.

— vom 25. August 1902 betr. Anordnungen zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch die Schulen.

Der Unterleibstypus, welcher bisher in der Anweisung von dem Gros der ansteckenden Krankheiten getrennt und milderen Bestimmungen unterworfen war, wird fortan dieser Sonderstellung entkleidet.

Mittheilung.

Mit dem heutigen Tage tritt an Stelle des verstorbenen Herrn Geheimen Sanitätsrath Dr. Braehmer Herr Sanitätsrath Dr. Schwechten, erster Vorsitzender des Verbandes deutscher Bahnärzte, und an Stelle des ausscheidenden Herrn Professor Dr. Loebker Herr Geheimer Medizinalrath Professor Dr. Albert Hoffa in die Redaktion der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung ein.