

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

# Aerztliche

# Sachverständigen-Zeitung

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

Redaktion:

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

Verantwortlicher Redakteur:

Dr. F. Leppmann

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

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

XI. Jahrgang 1905.

№ 24.

Ausgegeben am 15. Dezember.

Inhalt:

**Originalien:** Haug, Nahezu vollständige traumatische Ablösung des Trommelfells mit Luxation des Hammers, sowie Labyrintherschütterung. S. 485. — Gelbke, Die Trichinenepidemie in Augustsburg vor Gericht. S. 486. — Stempel, Welche Umstände lassen es notwendig erscheinen, die soziale Gesetzgebung in den Lehrplan der gerichtlichen Medizin einzufügen? (Schluß.) S. 493.

**Referate. Neurologie und Psychiatrie:** Minor, Über Unfallslähmungen des N. facialis. S. 505. — Finkelburg, Zur Differentialdiagnose zwischen Kleinhirntumoren und chronischem Hydrocephalus. (Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Angiome des Zentralnervensystems.) S. 505. — Rosenfeld, Über die Encephalitis des Tractus opticus. S. 505. — Leubuscher, Ein Fall von simulierter

Epilepsie. S. 505. — Reinhold, Über Dementia paralytica nach Unfall. S. 505. — Steffens, Über Hystero-Epilepsie. S. 506. — Stintzing u. Grober, Mitteilungen über Hysterie. S. 506. — Müller, Über hysterische Selbstverletzung. S. 506. — Seifert, Über vollständige kutane und sensorielle Anästhesie in einem Falle von traumatischer Hysterie. S. 506. — Klar, Ein weiterer Beitrag zu der Frage „Simulation oder Hysterie“. S. 506.

**Bücherbesprechungen und Anzeigen.** S. 507.

**Tagesgeschichte:** Volkshelstätten. S. 507. — Die öffentlichen Ärzte während des Altertums. S. 508. — Ein eigenartiger Betrugsfall. S. 508. — Feuerbestattung. S. 508. — Verweigerung des Zeugnisses durch einen Arzt. S. 508. — Redaktionswechsel. S. 508.

(An der Kgl. Universitätspoliklinik für Ohrenkrankheiten zu München.)

## Nahezu vollständige traumatische Ablösung des Trommelfells mit Luxation des Hammers, sowie Labyrintherschütterung.

Von  
Prof. Dr. Haug.

Der 36jährige Mann war bei Gelegenheit einer ländlichen Festlichkeit bei der Bedienung eines sog. Böllers und stand durch irgendwelche Zufälligkeit hart seitlich neben der Mündung des Rohres, als sein Kamerad den Schuß abzog. Er fiel sofort wankend hin, erhob sich aber nach kurzer Zeit und klagte über intensives Brummen im Ohre mit lebhaftem Schmerz und hochgradige Schwerhörigkeit; auch fühlte er sich noch ziemlich unsicher im Gehen.

Die Schmerzen ließen nach etlichen Stunden nach, die anderen Erscheinungen jedoch blieben vorläufig noch.

Am dritten Tage nach der Verletzung kam er zur Untersuchung.

Diese ergab das linke Ohr als annähernd normal, auch bezüglich der Funktion.

Dagegen rechts:

Im Gehörgange Krusten eingetrockneten Blutes, die ganze Umsäumung des Trommelfells, also der Sehnenring, zum größten Teil ebenfalls bedeckt mit schwarzen Blutkrusten. Und nun ein eigenartiger Anblick. Wo wir sonst das Trommelfell zu sehen gewöhnt sind, finden wir allenthalben eine gelbliche Knochenwand; es liegt die Labyrinthwand der Paukenhöhle frei zutage. Sie ist ohne entzündliche Reaktion und weist lediglich

am Promontorium sowie in der Partie gegen das ovale Fenster zu ebenfalls größere Ekchymosen auf; kleinere befinden sich noch viele als punkt- oder streifenförmige an den verschiedensten Stellen. Beim näheren Zusehen finden wir das Trommelfell nahezu vollständig aus seinem Rahmen abgelöst; wir erkennen bloß noch in der oberen Hälfte einen dünnen Lappen, der nach oben zu hinaufgeschlagen ist samt dem nach innen gezogenen Hammergriff. Vorne oben, am Rivinischen Ausschnitt scheint es noch fest zu hängen. Der Hammer ist übrigens nicht bloß nach innen retrahiert, sondern auch ganz aus seiner Lage gebracht, da er ganz auf die Fläche gedreht daliegt, so daß die den hinteren Trommelfellquadranten begrenzende Griffkante nach oben und hinten zu sieht, während der Processus brevis nach vorne und unten zu gedrückt erscheint. Beim Zufühlen mit der Sonde fühlt man den ganzen Griff und weiter oben kann man Hammerhals und Kopf erkennen.

Es handelt sich also hier nicht bloß um die traumatische Ablösung der Membran aus dem Sehnenring, sondern auch um eine ziemlich hochgradige Luxation des Hammers mit partieller Bänderzerreißung.

Die funktionelle Prüfung ergab ein vollständiges Fehlen der Perception für Flüstersprache. Konversation wurde noch 0,5 m vor dem Ohre gehört, weiter nicht.

Bei den Stimmgabelprüfungen schlägt schon beim Weber-Schwabachschen Versuche der Stimmgabelton in das gute Ohr über, beim Rinneschen Versuche ist der Ausfall ein positiver. Es liegt also, zumal die unteren Tongrenzen ausfallen, eine Erschütterung des Labyrinthes außer der Trommelfellverletzung vor. Patient schnäuzt sich ohne Aufforderung — er ist Schnupfer — und es kommt durchaus kein charakteristisches weiches Blasegeräusch, wie dies sonst bei Rupturen der Fall ist, zustande,

sondern ein stark gequetschtes und teilweise pfeifendes. Der Trommelfellappen ist aber durch dieses Manöver besser sichtbar geworden.

Der Verlauf war folgender:

Zunächst wurde versucht durch negative Massageaspiration das Trommelfell so gut als möglich wieder in seine Lage heranzubekommen. Es gelang aber das nur in mangelhafter Weise. Von Luftduschen wurde Abstand genommen, nachdem der vom Patienten freiwillig vorgenommene Valsalvasche Versuch keinen besonderen Effekt gehabt hatte bezüglich der Deposition des Trommelfellappens. Dann wurde versucht, durch direkten Druck auf den kurzen Hammerfortsatz die Dislokation des Hammers zu beheben, und es gelang dies auch nach vieler Mühe, allerdings nicht vollständig, durch Anwendung der Lucaeschen Drucksonde und einfacher mit Watte umwickelter Sonde. Der Hammergriff tritt zu  $\frac{2}{3}$  seiner früheren Lage nach abwärts und der kurze Fortsatz nach oben. Somit legte sich die obere Partie wieder besser an, aber die ganze untere Hälfte des Trommelfells fehlt, läßt sich wenigstens nicht mehr nach abwärts rollen.

Hierauf wird der Gehörgang gut geschlossen, nachdem ein Gazestreifen bis auf die Membran selbst unter mäßigem Druck vorgeführt worden war. Patient wird angewiesen, das Schnupfen ganz und das Schnäuzen nach Möglichkeit zu unterlassen. Da aber der Situationstampon bald unangenehm empfunden wurde, wurde er am nächsten Tage wieder herausgenommen und lediglich einfache Okklusion mit Watte angewandt.

Es stellte sich im Laufe der nächsten Tage eine minimale seröse Sekretion ein, die aber vom vierten Tage ab wieder verschwand.

Weiter verlief der Heilungsprozeß ungestört, so daß am zwölften Tage die obere Trommelfellhälfte wieder festsaß und die untere sich mit einer deutlichen Narbenmembran überkleidet hatte. Die Blutextravasate hatten sich bedeutend verringert, waren aber natürlich noch immer gut zu erkennen.

Die Funktionsfähigkeit des Ohres hatte sich unterdessen auf ca. 4 Meter für mittlere Konversationsprache gebessert, Flüstersprache blieb nach wie vor unvernnehmbar.

Die subjektiven Geräusche haben sich gebessert, jedoch ist ein konstant empfundenes Sieden zurückgeblieben. Die Koordinationsstörungen sind dauernd verschwunden.

Eine weitere Besserung bezüglich der Funktion ließ sich auch später nicht mehr nachweisen und es wird sich auch wohl schwerlich noch eine solche einstellen, wenigstens in bedeutenderem Maßstabe. Das Konversationsverständnis mag sich vielleicht im Laufe der Monate noch bessern, für Flüstern aber kaum.

Auch mögen die Geräusche noch geringer werden.

Jedenfalls aber hat Patient eine dauernde erhebliche Schädigung seines Ohres erlitten.

#### Epikritische Betrachtungen:

Der Fall ist interessant wegen der Schwere der Art der Verletzung.

Die gewaltige Luftdruckkompression zusammen mit der gleichzeitigen starken Erschütterung führen nicht nur zu einer mechanischen Abreißung eines sehr großen Teils des Trommelfells, sondern auch weiterhin zu einer Dislokation des im Trommelfell festgewachsenen Hammergriffes, so daß derselbe luxiert und sein Band- und Fixationsapparat zum Teile zerrissen und gedehnt wird.

In dieser schon sehr starken Wirkung aber hat sich die Gewalteinwirkung noch nicht erschöpft, sie führt auch weiterhin zur Erschütterung des inneren Ohrs. Wir haben also eine der von vornherein prognostisch nicht günstigen Kombinationsläsionen infolge der Luftdruck- und Schallschwankung. Der Verlauf bestätigt dies auch in vollem Maße.

Es fragt sich nun, welche Umstände haben hauptsächlich den Ausschlag gegeben für diesen Ausgang. Die sehr starke explosionsartige Detonation und Erschütterung konnte vermöge der Stellung des Mannes zur Schallquelle möglichst direkt ins Ohr eindringen.

Dann war das Ohr wohl auch nicht vorbereitet auf diese starke Einwirkung; es fehlte die schützende Anspannung des Trommelfellspanners, die doch einen gewissen Ausgleich anzustellen vermag.

Und weiterhin fällt hier sehr ins Gewicht, daß bei dem Manne, der ein starker Gewohnheitsschnupfer war, der tubare Apparat nicht die genügende normale Durchgängigkeit aufwies. Das erhellt aus der Art des Rupturgeräusches, indem wir hier ein gequetschtes pfeifendes Geräusch bekamen, während es bei normaler Tuba sich als ein weiches hauchendes Blasen repräsentiert.

In solchen Fällen von Tubenverschluß oder tubarer Unwegsamkeit kann aber die Luftdruckwelle viel intensiver einwirken als da, wo durch die offene Tube ein Ausgleich gegen den Rachen zu statthaben kann. Hauptsächlich dieses letzte Moment ist es wohl, das den Hauptkoeffizienten für das Zustandekommen dieser unglücklichen Kombinationsläsion abgab, ohnedies wäre es vielleicht bloß zu einer einfachen Ruptur, eventuell leichteren Labyrintherschütterung gekommen.

Bezüglich der Therapie wäre noch zu bemerken, daß der Versuch einer Redression von der Tube aus nicht angezeigt war, da einmal der Tubengang ziemlich verlegt war und hauptsächlich, weil bei dem Manne als Schnupfer wohl sehr wahrscheinlich infektiöses Material in die Wunde geschleppt worden wäre. Allerdings war es bisher trotz der willkürlichen starken Schnäuzversuche vor der Behandlung noch nicht dazu gekommen.

Eine feste Tamponade verbot sich von selbst wegen der Empfindlichkeit und weiterhin wäre es auch durch den länger dauernden Druck vielleicht zu einer direkten Adhäsionsbildung der jungen Narbenpartien mit der Paukenschleimhaut gekommen, ein Ereignis, das das Hören in noch höherem Maße beeinträchtigt hätte als dies so schon der Fall war.

So mußte es bei der einfachen mechanischen teilweisen Reposition und nachfolgender Okklusion des Gehörganges bleiben.

## Die Trichinenepidemie in Augustusburg vor Gericht.

Von

Medizinalrat Dr. Gelbke,

Königl. Bezirks- und Landgerichtsarzt in Chemnitz.

Im Februar und März dieses Jahres ist die Bevölkerung von Augustusburg in Sachsen von einer Trichinenepidemie heimgesucht worden. Ungefähr 40 Personen erkrankten an Trichinose, eine Kranke ist gestorben. Der Schuldige wurde ermittelt und strafrechtlich zur Verantwortung gezogen. Wider Erwarten gutachteten die dortigen Veterinärbeamten und Professor Dr. Johné in Dresden zugunsten des Inkulpaten, und es dürfte nicht nur von wissenschaftlichem Interesse, sondern auch von Standesinteresse sein, die gerichtlichen und gerichtsärztlichen Feststellungen der Voruntersuchung, den Verlauf und das Resultat der Hauptverhandlung mit ihrem Nachspiel bekannt zu geben.

Von Professor Dr. Johné ist diese Strafsache in der Zeitschrift für Tiermedizin besprochen worden. Seine Mitteilungen sind in mehrfacher Beziehung richtig zu stellen.

Nach Ausweis der Akten des Königlichen Landgerichts Chemnitz in der Strafsache gegen den Fleischermeister F. P. Löttsch in Augustusburg, Sachsen, Bezirk Flöha — 2 A 73/05 —, deren Inhalt mir für mein gerichtsärztliches Gutachten und diesen Bericht als Grundlage gedient hat, zeigte Bezirksarzt Dr. Rechholtz in Frankenberg am 28. Februar 1905 der

Königlichen Staatsanwaltschaft Chemnitz an, daß in Augustusburg seit ca. 8 Tagen eine größere Anzahl von Personen unter trichinoseverdächtigen Symptomen erkrankt und am 28. Februar 1905 die 15 Jahre alte Elsa X., Dienstmädchen des Fleischers Löttsch, der Krankheit erlegen sei.

Auf Antrag der Königlichen Staatsanwaltschaft wurde am 2. März 1905 vom Gerichtsassistenten Dr. Hauffe und mir die Leiche der X. geöffnet. Das Sektionsergebnis, im Auszuge mitgeteilt, lautet:

#### A. Äußere Besichtigung.

1. Leiche 1,54 m lang, regelmäßig gebildet, kräftig gebaut. Fettpolster und Muskulatur gut entwickelt.
2. Haut blaßgelblich, in Nacken-, Schulter- und Rückengegend Totenflecke.
3. Beim Wenden der Leiche Ausfluß blutig gefärbter Flüssigkeit aus beiden Nasenlöchern.
7. Gesicht gedunsen, Wangen gerötet. Augen geschlossen, Gefäße der Lidbindehäute leer, Augäpfel weich, Hornhäute getrübt, Regenbogenhäute braun, Pupillen gleich weit.
9. Lippen blaurot, Zähne aufeinander gebissen.
10. Ohrmuscheln blaurot.
12. Brust gut gewölbt, Hautödem.
13. Bauch aufgetrieben, Hautödem.
17. An den Extremitäten Hautödem.

#### B. Innere Besichtigung.

##### I. Kopfhöhle.

(Ohne Besonderheiten.)

##### II. Brust- und Bauchhöhle.

28. Fettpolster der Haut reichlich entwickelt. Muskulatur rotbräunlich.
29. Magen und Querdarm ausgedehnt. In der Bauchhöhle ca. 100 ccm rötlich gefärbter, klarer Flüssigkeit.

##### a. Brusthöhle.

31. Im linken Brustfellsacke ca. 200 ccm dunkelroter Flüssigkeit, im rechten Brustfellsacke ca. 100 ccm dunkelroter Flüssigkeit. Lungen zusammengefallen. Brustfelle glatt, ohne Verwachsungen.
32. Mittelfellraum mäßige Gefäßfüllung. Innere Brustdrüse blaurot.
33. Herzbeutel blaßgelb, mäßige Gefäßfüllung. Im Innern des Herzbeutels ca. 20 ccm dunkelrote Flüssigkeit.
34. Herz faustgroß. Kranzgefäße mäßig gefüllt. Herzfleisch rotbraun, fest.
35. Rechter und linker Vorhof enthalten je 20 ccm halberonnenes Blut. Rechte Herzkammer leer. Vorhofskammerklappen durchgängig.
36. Arterielle Mündungen des Herzens schlußfähig. Vorhofskammermündungen und arterielle Mündungen ohne Veränderungen.
37. Große Brustgefäße mäßig bluthaltig.
38. Lungen nicht verwachsen. Rechte Lunge und linker oberer Lungenlappen lufthaltig. Linker unterer Lungenlappen fest, dunkelrot, luftleer.
39. Schnittflächen der rechten Lunge und des linken oberen Lungenlappens dunkelrot, entleeren schaumiges Blut. Schnittflächen des linken unteren Lungenlappens dunkelrot, fest, entleeren dunkles, schmieriges Blut, Lungenstückchen sinken im Wasser unter.
40. Luftröhre und ihre Verzweigungen enthalten rote, schaumige Flüssigkeit. Reichliche Gefäßfüllung.
41. Absteigende Brustschlagader und untere Hohlvene mäßig bluthaltig.
42. Halsgefäße enthalten wenig Blut.
43. Kehlkopf und Luftröhre leer, Schleimhaut blaurot.
44. Zunge, Gaumensegel, Mandeln blaurot, ohne Belag.
45. Schlund und Speiseröhre leer. Schleimhaut vom Kehlkopfeingange bis zum Mageneingange mit Soor bedeckt.
46. Knochengerüst des Halses und der Brust unverletzt.

##### b. Bauchhöhle.

47. Netz reichlich fett, Gefäße leer.
48. Milz 13 cm lang, 8½ cm breit, 3 cm dick, blaurot, glatt, weich. Schnittflächen braunrot, Follikel sichtbar, von der Schnittfläche läßt sich brauner, schmieriger Brei abstreichen. Haselnußgroße Nebenzugmilz.
49. Linke Niere 14 cm lang, 5 cm breit, 3 cm dick. Kapsel löst sich leicht ab. Schnittflächen blaurot, Blutadern der Rindensubstanz mäßig gefüllt. Linke Nebenniere braunrot.
50. Rechte Niere und rechte Nebenniere von gleicher Beschaffenheit wie links.
51. Harnblase leer, Schleimhaut blaßrötlich.
52. Gebärmutter klein, fest, leer. Im rechten Eierstock pflaumen-große Cyste mit gelbbraunlichem flüssigen Inhalt.
53. Magen mäßig ausgedehnt, blaß, enthält 60 ccm gelben dicken Speisebrei. Schleimhaut grau, schmierig, im Magengrunde mißfarbig. Mäßige Gefäßfüllung.
54. Zwölffingerdarm enthält gelbe dicke Flüssigkeit von geringer Menge. Schleimhaut blaßgrau, gelockert.
55. Leber 23 cm breit, 22 cm hoch, 7,5 cm dick, blaß, fest, verfettet, Läppchenzeichnung verwaschen, Gefäße enthalten wenig dunkles, flüssiges Blut. Von den Schnittflächen läßt sich gelbbrauner, schmieriger Brei abstreichen. Gallenblase mit dunkelbrauner Galle gefüllt.
56. Bauchspeicheldrüse rotgrau, fest, wenig bluthaltig.
57. Gekröse reichlich fett, Lymphdrüsen vergrößert, grau-rötlich, fest.
58. Oberfläche des Dünndarms glatt, glänzend. Gelbbrauner, schmieriger, kotiger Inhalt. Schleimhaut blaßgrau, gelockert. Zotten, Peyersche Drüsen und Solitärfollikel nicht verändert.
59. Dickdarm blaß, glatt; brauner, dicker Kotinhalt. Schleimhaut blaßgrau, aufgelockert.
60. Mastdarm enthält braunen Kot. Schleimhaut blaßgelblich.
61. Bauchschlagader leer. Untere Hohlvene enthält dunkles, flüssiges Blut.
62. Knochengerüst der Bauchhöhle zeigt nichts Regelwidriges.

Der Leiche wurden Stücke der Zungen-, Kehlkopf-, Schlund-, Zwischenrippenmuskeln, des Zwerchfells, des rechten zweiköpfigen Oberarmmuskels, des Magens und Mageninhalt, des Dünndarms und Inhalt entnommen und in besonderen Gefäßen zwecks weiterer Untersuchung aufbewahrt.

Unter Zustimmung der Vertreter des Königlichen Amtsgerichts Augustusburg und der Königlichen Staatsanwaltschaft Chemnitz erhielt Bezirksarzt Dr. Rechholtz für sich Muskelstückchen zur Untersuchung ausgehändigt.

Die mikroskopische Untersuchung der erstgenannten Leichenteile haben Dr. Hauffe und ich teils gemeinschaftlich, teils getrennt von einander vorgenommen. Außerdem hat Herr Professor Dr. Nauwerck, Direktor des pathologisch-hygienischen Instituts der Stadt Chemnitz, die Liebenswürdigkeit gehabt, mir eine Serie in Alkohol gehärteter Schnittpräparate anzufertigen, letztere befinden sich noch in meinem Besitz.

Das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung war folgendes:

In sämtlichen Muskelstücken wurden Trichinen in sehr großer Zahl vorgefunden. Am meisten zeigten sich die Muskelpräparate des Zwerchfells von Trichinen durchsetzt. Im Magen und Darm sind Trichinen nicht nachgewiesen worden. Die Muskelschnitte lassen eine ausgedehnte akute diffuse Myositis erkennen. Die Vermehrung der Muskelkerne ist eine allgemeine, die interstitielle Reaktion eine herdweise. Die entzündlichen Herde haben sich nicht ausschließlich um trichinisierte Muskelfasern gebildet, sondern sind auch an Stellen aufzufinden, die keine Trichinen enthalten. Die Muskelfibrillen, in welchen sich die Trichinen befinden, sind erweitert, die Querstreifung der Muskelfasern ist zum Teil deutlich sichtbar, zum Teil untergegangen. Die Trichinen sind teils gestreckt, teils gekrümmt, Schlingen bildend, teils in Aufrollung begriffen, teils aufgerollt.

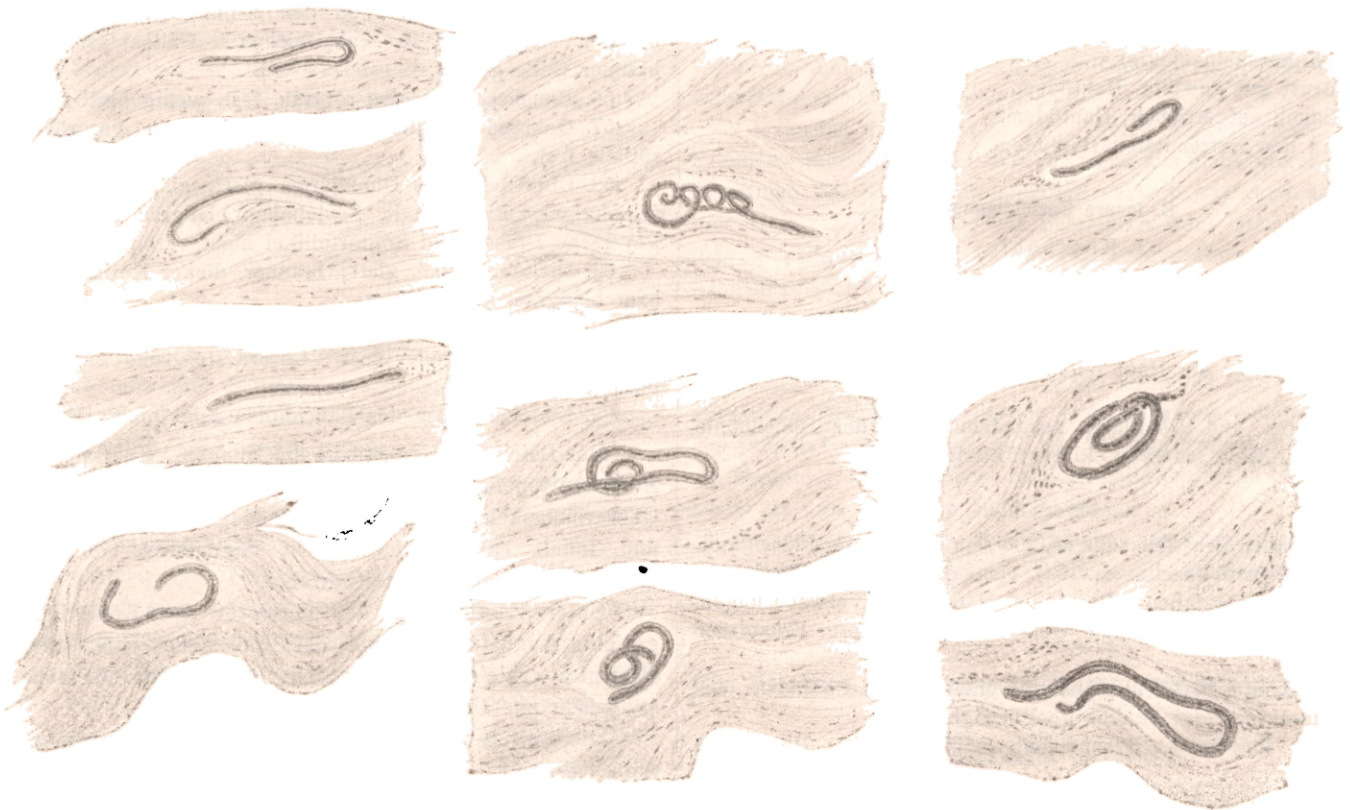
Die Trichinenlager sind nach den Seiten hin offen. Die Kapselbildung hat noch nicht begonnen.\*) Die Schnittpräparate bieten das Bild wandernder Trichinen, wie es in Flügges Hygiene, 5. Auflage, 1902, Blatt 298, Fig. 82, dargestellt worden ist. An frischen Präparaten konnten aus der Muskelsubstanz Trichinen ausgepreßt und ihre Bewegungen beobachtet werden.

Die nachstehenden Handzeichnungen wandernder Trichinen sind Bilder meiner Schnittpräparate.

Auf Grund dieses Befundes gaben wir beiden Gerichtsärzten unser definitives Gutachten über die Todesursache der Dienstmagd X. dahin ab, daß der Tod derselben durch Trichinenvergiftung erfolgt sei.

Als Infektionsquelle erschien die Schlächterei Lötzschs verdächtig. Am 2. März 1905 wurde das Schlachtsteuerquittungsbuch Lötzschs und das Schaubuch des Trichinenbeschauers S. in Augustusburg herbeigezogen und von der Königlichen Staatsanwaltschaft festgestellt, daß Lötzsch am 7. und 16. Februar

Die verehelichte Lötzsch beleumundete ihr Dienstmädchen schlecht, weil sie sich trotz ihrer Jugend gern und lange mit Burschen draußen herumtrieb (Bl. 11). Bereits am 5. Februar 1905 soll die X. über Unwohlsein und Leibweh geklagt haben. Sie arbeitete aber weiter, wusch am 6. Februar 1905 Wäsche und lief abends, wiewohl „Hundewetter“ war und es taute, zwei Stunden lang im Schneeschlicker umher. Am 8. Februar 1905 blieb sie angeblich im Bett liegen und am 10. Februar 1905 ist sie ihrer Großmutter zugeführt worden, in deren Pflege sie bis zu ihrem Tode verblieb. Nach den Mitteilungen der Lötzsch scheint die X. schon vor dem 7. Februar 1905 unwohl gewesen zu sein, die Angaben der Lötzsch müssen aber mit Vorsicht aufgenommen werden, da dieselben, wie der weitere Verlauf der Untersuchung zeigte, nicht zuverlässig sind. Die Lötzsch bekannte am 2. März 1905 selbst, daß sie infolge dieser Vorkommnisse sehr abgespannt, fassunglos sei und nicht wisse, ob sie die Wahrheit gesagt habe (Bl. 11).



1905 je ein Schwein versteuert, aber nicht auf Trichinen hatte untersuchen lassen und daß diese Schweine in Lötzschs Schlächterei geschlachtet, verarbeitet und die daraus gewonnenen Fleischwaren in den Verkehr gebracht worden waren.

Die Zeugin Marie X., Schwester der verstorbenen X., berichtete bei ihrer Vernehmung am 7. März 1905, ihre Schwester Elsa sei am 10. Februar 1905 nach Hause gekommen und habe erzählt, daß sie wenige Tage vorher beim Durchdrehen von Schweinefleisch durch die Maschine davon gegessen hätte und daß es ihr sofort schlecht geworden sei (Bl. 27). Dr. Rölfs, Augustusburg, nahm am 9. Februar 1905 das Dienstmädchen X. in Behandlung. Er hielt ihre Erkrankung zunächst für einen Darmkatarrh oder eine schwere Influenza und stellte auch später fest, daß die X. an Lungenentzündung litt (Bl. 12).

\*) Ehrhardt. Zur Kenntnis der Muskelveränderungen bei der Trichinose des Menschen. Ziegler, Beiträge zur patholog. Anat. XX. Bd. 1896.

Außer der X. wurden zunächst 24 Personen als der Trichinose verdächtig ermittelt. Ich teile deren Krankengeschichten, soweit sie durch die Voruntersuchung bekannt geworden sind, in Kürze mit.

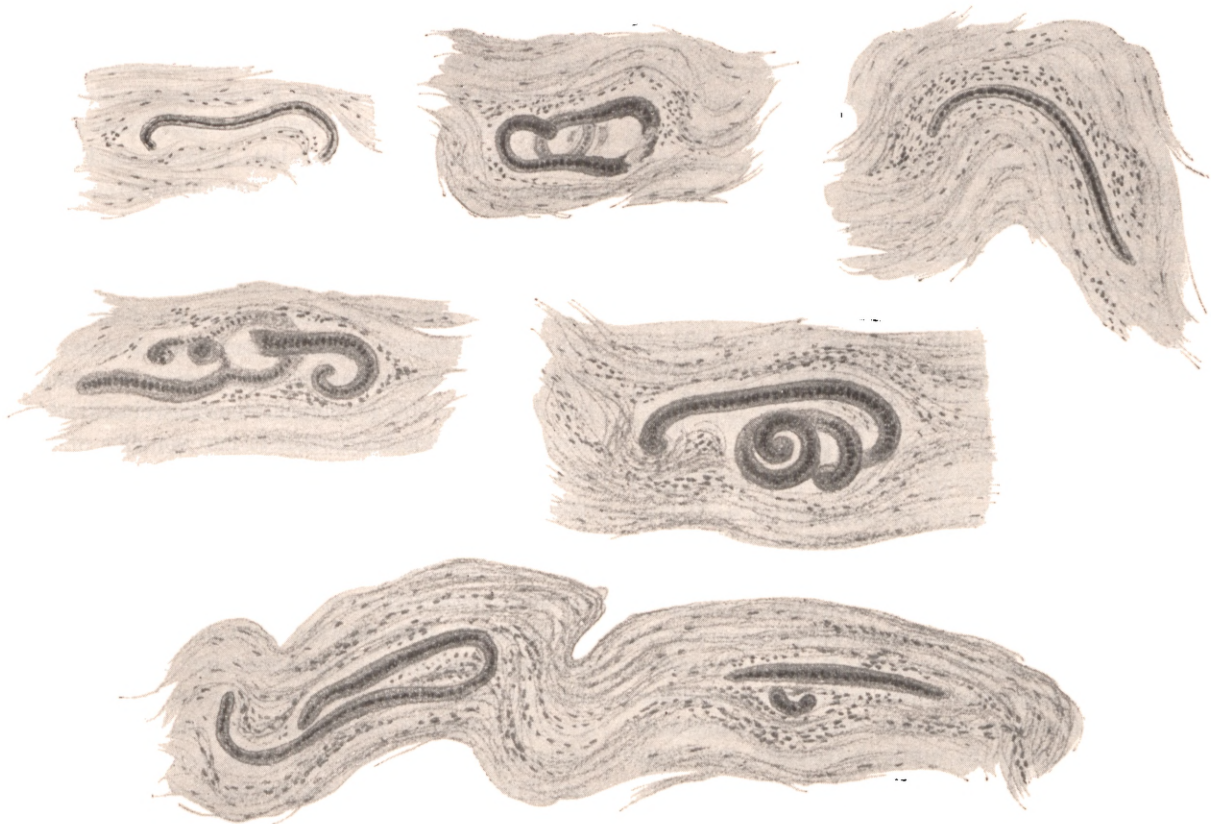
1. Fleischer Lötzsch, F. P., 45 Jahre alt, stürzte Anfang Februar 1905 in seinem Hause die Treppe hinab, verletzte sich das Rückgrat, stellte die Arbeit ein, lag meist auf dem Sofa, ging ab und zu, überließ aber das Geschäft seinem Lehrling A. (Bl. 13b). Am 8. Februar 1905 erkrankte Lötzsch unter den Erscheinungen der Influenza und konsultierte Dr. Rölfs, er fühlte sich matt und schwach, hatte aber weder geschwollene Augen noch Muskelschmerzen (Bl. 26). Dr. Rölfs gibt an, daß die Körpertemperatur Lötzschs anfangs niedrig war, erst am vierten oder fünften Tage über 40° C stieg und eine Woche lang in dieser Höhe sich bewegte. Später klagte Lötzsch über Muskelschmerzen und Dr. Rölfs schloß auf Trichinose, weil diese am 2. März 1905 an dem Lehrling A. und dem Dienstmädchen X. nachgewiesen wurde. Lötzsch bestreitet, daß er Dr. Rölfs gegenüber über Muskelschmerzen geklagt hätte. „Ich habe nie etwas darüber gesagt.“ (Bl. 26b.) Lötzsch war

schwer krank, er war in Lebensgefahr, weil er nach dem Ausspruche des Dr. Rolfs ein Trinkerherz hatte. Fleischer S. und Trichinenschauer S., beide Halbbrüder Lötzschs, bezeichneten den Kranken als Trinker (Bl. 9b), der sein Geschäft vernachlässigte und unter seinen Brüdern immer das Schmerzenskind war. Im Widerspruch zu diesen Feststellungen sagte die verehelichte Lötzsch aus, daß ihr Mann am 2. Februar 1905 auf der Straße gestürzt sei und seitdem über Schmerzen in den Gliedern geklagt habe. Am 8. Februar 1905 verschlimmerte sich sein Zustand, er klagte über Mattigkeit und Kopfschmerzen. Die verehelichte Lötzsch glaubte nicht, daß die Krankheit ihres Mannes eine Folge des Genusses trichininhaltigen Fleisches gewesen sei, da ihr Mann während seines Krankseins nur von Schleimsuppen, Milch und Kakao lebte. Sie verbessert sich alsdann, es sei nicht ausgeschlossen, daß er auch etwas Schweinefleisch gegessen habe. Ihr Mann sei kein Trinker, er sei auch im Geschäft ordentlich (Bl. 11). Am 13. März 1905 wurde Lötzsch in die Königliche Gefangenanstalt Chemnitz eingeliefert, er klagte über allgemeine Schwäche, war ambulant und fieberte. Die Körpertemperatur betrug  $38,4^{\circ}\text{C}$ . Am 16. März 1905 fiel die Temperatur bis  $37,2^{\circ}\text{C}$ , ohne sich wieder zu erheben.

5. Schulknabe D., 14 Jahre alt, Neffe Lötzschs, ist ungefähr am 21. Februar 1905 an allgemeiner Schwäche, Fieber, Kopf- und Knieschmerzen, dickem Gesicht erkrankt, vom 22. Februar 1905 an in der ärztlichen Behandlung des Dr. Rolfs und ca. 14 Tage lang bettlägerig gewesen. (Bl. 29.) Beide Brüder haben Fleisch, Wurst und Aufschnitt von Lötzsch gekauft.

6. Verehelichte E., 31 Jahre alt, hat vor dem 14. Februar 1905 Fleisch von Lötzsch gekauft und gegessen und erkrankte am 23. Februar 1905 an dicken Augen, dickem Gesicht, Kopf- und Rückenschmerzen, Schwindel, Fieber, Muskelschmerzen in den Oberarmen und Oberschenkeln. Dieselbe ist nicht bettlägerig gewesen. (Bl. 29b.)

7. Verehelichte F., 28 Jahre alt, kaufte angeblich am 11. Februar 1905 gewiegtes Schweinefleisch von Lötzsch und aß ein bißchen davon roh. Etwa am 16. Februar 1905 (?) stellten sich bei ihr Augenschwellung, Benommenheit des Kopfes, Kopfschmerzen, Schwellung des ganzen Gesichts, Mattigkeit und Gliederschmerzen ein, so daß sie sich ins Bett legen mußte. Am 1. März 1905 trat Besserung ein. (Bl. 24.)



2. Fleischerlehrling A., 17 Jahre alt, im Dienste Lötzschs, klagte am 20. Februar 1905 über große Mattigkeit. „Es tue ihm alles weh, er konnte nicht über seine Beine hinwegsteigen, hatte ein dickes Gesicht und mußte sich nach 2 Tagen legen.“ (Bl. 11b). Am 23. Februar 1905 wurde Dr. Rolfs zu Rate gezogen und am 2. März 1905 durch Exzision eines Muskelstückchens aus dem Oberarm die Trichinose sichergestellt.

3. Fleischergehilfe B., 26 Jahre alt, Neffe Lötzschs, erkrankte ungefähr am 20. Februar 1905 mit Unwohlsein, Fieber, Schwellung des Gesichts, insbesondere der Augenlider, Mattigkeit, war bettlägerig und zog am 23. Februar 1905 Dr. Rolfs zu Hilfe. Am 2. März 1905 verließ er das Bett. B. wohnte im Hause Lötzschs und hat von letzterem alle Sorten Fleisch und Wurst bezogen und gegessen. (Bl. 27.)

4. Fleischergehilfe C., 19 Jahre alt, Neffe Lötzschs, bemerkte am 19. Februar 1905 als erste Krankheitserscheinungen Frost, Fieber, Mattigkeit, Kopfweh, Gelenkschmerzen, besonders in den Knien. Er war vom 20. Februar 1905 bis 4. März 1905 bettlägerig und trat am 22. Februar 1905 in die ärztliche Behandlung des Dr. Rolfs. (Bl. 29.)

8. Witwe G., 50 Jahre alt, kaufte Fleisch, Wurst, Aufschnitt nur von Lötzsch. Am 20. Februar 1905 erkrankte sie an geschwollenen Augen, Schulter- und Gliederschmerzen, Fieber und wurde bettlägerig. (Bl. 23.)

9. Schülerin G., 14 Jahre alt, Tochter der F., zeigte kurze Zeit nach Erkrankung ihrer Mutter dieselben Symptome und war zwei Tage bettlägerig (Bl. 23b).

10. Kassierer H., 43 Jahre alt, Untermieter der F., beteiligte sich an deren Mittagstisch, während er das Abendbrot sich gewöhnlich von Lötzsch selbst besorgte. Am 1. März 1905 litt er an Blutandrang nach dem Kopfe und Hitze, am 2. März schollen die Augen an und trat Fieber ein, am 5. März wurde er von Gliederschmerzen und großer Mattigkeit befallen. Am 2. März konsultierte er Dr. Rolfs, am 5. März stellte er die Arbeit ein (Bl. 24).

11. Die ledige I., 21 Jahre alt, Kundin Lötzschs, litt am 20. Februar 1905 an Schwellung der Augenlider, etwa drei Tage später an Fieber, Schmerzen in den Schultergelenken, Oberarmen, Beinen, geschwollenen Füßen. Am 3. März trat Besserung ein (Bl. 22b).

12. Briefträger K., 39 Jahre alt, hatte sich wiederholt von Löttsch zum Frühstück Bratwurst gekauft und gegessen, klagte am 20. Februar 1905 über große Mattigkeit, heftige Kopfschmerzen und Genickschmerzen, wurde dienstunfähig und am 28. Februar bettlägerig. An demselben Tage trat er in Behandlung des Dr. Rolfs (Bl. 28b).

13. Dienstmädchen L., 20 Jahre alt, erkrankte am 19. Februar 1905 an Schwellung der Augenlider, am 22. Februar an Kopfschmerzen, Muskelschmerzen der Oberarme und Beine, Mattigkeit, Fieber, wurde arbeitsunfähig und begab sich am 23. Februar in die Behandlung des Dr. Stecher (Bl. 28).

14. Dienstmädchen M., 18 Jahre alt, hatte am 20. oder 21. Februar 1905 früh geschwollene Augen. Einige Tage später stellten sich Fieber, Muskelschmerzen in den Armen und Beinen ein, so daß sie bettlägerig wurde. Am 23. oder 24. Februar zog sie Dr. Rolfs zu Rate. Die M. hatte etwa am 14. Februar (?) von Löttsch gehacktes Schweinefleisch geholt und davon in rohem Zustande gekostet. Ihre Herrschaft hat das Schweinefleisch, nachdem es gebraten war, gegessen und ist gesund geblieben (Bl. 22).

15. Die ledige N., 17 Jahre alt, Kundin Löttschs, bemerkte am 21. Februar 1905 als erste Krankheitserscheinungen die Anschwellung des Gesichts und der Augenlider. Einige Tage später stellten sich Muskelschmerzen im Oberarm und Fieber, am 25. Februar Schmerzen im Genick und Hinterkopf ein. Am 25. Februar schickte sie zu Dr. Rolfs, am 28. Februar ließen die Beschwerden nach (Bl. 22).

16. Schüler O., 8 Jahre alt, klagte etwa am 18. Februar 1905 über Leibschmerzen. Später stellten sich Fieber, Schwellung der Augenlider, Kopfschmerzen ein. Das Fieber ließ ungefähr am 25. Februar nach. Etwa am 27. Februar konnte er die Schule wieder besuchen. Die Schwellung der Augenlider verlor sich erst am 5. März. Die Familie O. hatte Wurst und Aufschnitt von Löttsch bezogen (Bl. 21).

17. Fädlerin P., 18 Jahre alt, hatte am 20. Februar 1905 von Löttsch Bratwurst gekauft und gegessen und erkrankte am 27. Februar an geschwollenen Augen, kurz darauf an Gliederschmerzen, allgemeiner Mattigkeit und mußte vom 1. März an das Bett hüten. Am 28. Februar wurde Dr. Stecher zugezogen (Bl. 25).

18. Ladenmädchen Q., 22 Jahre alt, besorgte sich zum Abendbrot von Löttsch Aufschnitt und Wurst und erkrankte am 24. Februar 1905 unter heftigen Augenschmerzen, einige Tage später an Mattigkeit, allgemeinem Übelbefinden, Kopfschmerzen und Fieber (Bl. 28).

19. Sticker R., 33 Jahre alt, Kunde Löttschs, bekam am 9. Februar 1905 heftigen Durchfall, der nach zwei Tagen auf ein Gegenmittel hin aufhörte. Ungefähr am 14. Februar (?) stellten sich heftiger Kopfschmerz, Augenschwellung, heftiger Muskelschmerz in den Oberarmen und Schenkeln und eine starke Schwellung des rechten Armes und Fieber ein. R. wurde bettlägerig und begab sich am 20. Februar in die Behandlung des Dr. Stecher (Bl. 24b).

20. Sticker S., 52 Jahre alt, bemerkte am 28. Februar 1905, daß seine Augenlider geschwollen und rot unterlaufen waren. Später traten Glieder- und Rückenschmerzen und Fieber ein, so daß S. arbeitsunfähig und bettlägerig wurde. Er hatte ungefähr 14 Tage vor seiner Erkrankung von Löttsch Schweinefleisch gekauft und ein Stückchen roh gegessen (Bl. 23).

21. Schülerin X., 13 Jahre alt, Schwester der verstorbenen X., vertrat ihre Schwester bei Löttsch, hatte hier Bratwurst gegessen und rühlte sich am 2. März matt und krank, so daß sie sich legen mußte. Ihre Augenlider waren geschwollen, am 6. März klagte sie über Muskelschmerzen (Bl. 27).

22. Schneider Sch. in Hennersdorf, 34 Jahre alt, hat, soviel er sich erinnern kann, am 12. Februar 1905 von Löttsch gewiegtes Schweinefleisch geholt und dasselbe am Sonnabend, den 11. Februar (?) zum Teil roh, am Sonntag, den 12. Februar, zum Teil gebraten gegessen. Etwa am 17. Februar (?) traten Augenschwellung, Muskelschmerzen in den Oberarmen und Waden auf. Diese Erscheinungen hielten etwa drei bis sieben Tage an (Bl. 30).

23. Frau Sch., 34 Jahre alt, Ehefrau des Schneiders Sch., erkrankte ungefähr am 15. Februar (?) an Gesichtsschwellung, Kopfschmerzen und Mattigkeit in allen Gliedern und mußte sich auf das Sofa legen. Dieser Krankheitszustand dauerte ziemlich 14 Tage an.

Die Kinder Sch. haben angeblich auch rohes Schweinefleisch gegessen, sind aber gesund geblieben (Bl. 30).

24. Geschäftsführerin Y., 21 Jahre alt, hatte ungefähr am 18. Februar 1905 aus Löttschs Schlächtereier Brühwürstchen bezogen und verzehrt und war vom 28. Februar an leidend. Ihre Krankheit begann mit Schwellung der Augenlider und des Gesichts, am 3. März wurde die Kranke von Schmerzen in den Armen und Beinen, allgemeiner Schwäche und Mattigkeit und Fieber befallen, so daß sie sich legen mußte (Bl. 27b).

Die Zahl der an Trichinose Erkrankten wird auf ca. 40 geschätzt. Ein Teil derselben erkrankte unter leichten Erscheinungen und schnell vorübergehenden Störungen und hat ärztliche Hilfe nicht in Anspruch genommen. Wie in der Hauptverhandlung bekannt wurde, haben unter anderen die Musiker Z. und M. an Trichinose gelitten, ihre Infektion ist durch Exzision von Muskelstückchen nachgewiesen worden.

Am 2. März 1905 wurde alles in Löttschs Schlächtereier vorgefundene Schweinefleisch, insbesondere auch Würste, Speck, Schinken, Rauch- und Pökelfleisch beschlagnahmt und vom Tierarzt Schache und den Trichinenschauern Seidel und Fischer unter Aufsicht des Bezirkstierarztes Kuhn untersucht. Die mikroskopische Untersuchung war ergebnislos und muß angenommen werden, daß das Fleisch des trichininhaltigen Schlachtieres bereits verkauft worden war. Nach dem Schaubuch des Trichinenschauers Seidel hat Löttsch im Februar 1905 außer den am 7. und 16. Februar geschlachteten Schweinen 7, also insgesamt 9 Schweine geschlachtet (Bl. 17b). Der Umsatz von Schweinefleisch scheint in dieser Schlächtereier ein flotter gewesen zu sein.

Am 8. März 1905 legte mir die Königliche Staatsanwaltschaft die Frage vor, ob es nach dem Stande der Erörterungen wahrscheinlich sei, daß die beiden nicht untersuchten, am 7. und 16. Februar 1905 geschlachteten Schweine trichininhaltig waren oder ob dies mit Bestimmtheit nur von dem ersteren anzunehmen sei. Ich habe auf Grund nachstehender Erwägungen angenommen, daß das am 7. Februar 1905 geschlachtete Schwein trichininhaltig war.

Als Infektionsquelle war einzig und allein die Schlächtereier Löttschs ermittelt worden, eine andere private oder gewerbliche Schlächtereier kam hierfür nicht in Frage, da alle Indizien der Infektion in diese Verkaufsstelle zusammenführten und nur Dienstleute und Kunden Löttschs an Trichinose erkrankt waren.

In Löttschs Schlächtereier ist am 7. und 16. Februar je ein Schwein geschlachtet und ohne vorausgegangene Untersuchung auf Trichinen verarbeitet worden. Auf diese allein mußte sich der Verdacht der Trichinose lenken, denn es ist nicht erwiesen worden, daß Löttsch noch andere Schweine blind geschlachtet hat. Die verheiratete Löttsch bringt die Fahrlässigkeit ihres Mannes mit dessen Erkrankung nach einem Unfall in Beziehung.

An dem Dienstmädchen X. war durch die Sektion ihrer Leiche und an dem Lehrburschen A. durch Exzision von Muskelstückchen die Trichinose festgestellt worden.

Da die Angaben der an Trichinose Erkrankten und der Zeugen über Beginn und Verlauf der Krankheit der Zeitbestimmung nach nicht allenthalben einwandfrei waren, wie die Krankengeschichten zeigen, hielt ich es für geboten, das Sektionsergebnis vom 2. März 1905 zum Ausgangspunkte meines Gutachtens zu nehmen. Die X. war am 28. Februar gestorben, die ihrer Leiche entnommenen Muskeln waren von zahlreichen, meist in Wanderung begriffenen Trichinen durchsetzt und erschien nach diesem Befunde die Annahme wohl begründet, daß die Infektion der X. vor ca. drei Wochen durch Genuß von trichininhaltigem Fleisch erfolgt war, das dem am 7. Februar 1905 geschlachteten Schweine entstammte. In der Tat hat die X. kurz vor ihrer Erkrankung beim Zerkleinern von Schweine-

fleisch rohes Fleisch genossen und ist nach Angabe des Dr. Rolfs am 9. Februar 1905 unter den Erscheinungen eines Darmkatarrhs erkrankt.

Die Richtigkeit dieser Annahme findet in der Naturgeschichte und Entwicklung der Trichinen und in dem Verlaufe der Trichinenkrankheit ihre Bestätigung.<sup>1)</sup> Wird trichinienhaltiges Schweinefleisch in den Magen und Darm eingeführt, so werden die Muskeltrichinen nach Lösung ihrer Kapsel frei und wachsen in 2 bis 3 Tagen zu geschlechtsreifen Darmtrichinen aus. Nach 5 bis 7 Tagen setzt das Weibchen freie junge Trichinen ab. Mit dem 7. bis 8. Tage beginnt die Einwanderung der Trichinenbrut in die Muskeln. Die Embryonen verlassen kurze Zeit nach ihrer Ausstoßung den Darm und wandern mit großer Schnelligkeit in die Muskeln des Körpers, siedeln sich in diesen an, rollen sich, wenn sie ausgewachsen sind, zusammen und kapseln sich nach mehreren Wochen ein. Diese Auswanderung ist in der 2. Woche am lebhaftesten und kann bis zur 4. Woche andauern. Bereits nach 13 bis 14 Tagen werden die Embryonen in den Muskelfasern angetroffen. Der Anfang der Kapselbildung findet in der 3. bis 5. Woche nach der Einwanderung der Trichinen in die Muskeln statt. Die mikroskopische Untersuchung der Muskelstückchen, welche der Leiche der X. entnommen waren, zeigte nun, daß die meisten Trichinen sich noch in Wanderung befanden und ihrer Entwicklung nach der Zeit von 2 bis 3 Wochen entsprachen. Ich habe infolgedessen die Zeit, in welcher das infizierte Fleisch von der X. genossen worden ist, auf ungefähr 3 Wochen zurückdatiert.

Wie bekannt, bestehen während des Aufenthaltes der Trichinen im Magen und Darm Reizerscheinungen dieser Organe, während der Einwanderung in die Muskeln Fieber, Schwellung des Gesichts und der Augenlider, reißende Schmerzen in den Gliedern, Ödem und Respirationsbeschwerden. Mit dem Beginn der Einkapselung der Trichinen nehmen diese Symptome allmählich wieder ab. Rupprecht (Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, XXXIII, 284) teilt daher den Verlauf der Trichinose in 3 Stadien, und zwar das Stadium der Ingression, Digression und Regression. Diese Stadien grenzen sich nicht scharf von einander ab, da die Krankheitserscheinungen in ihrer Ex- und Intensität sehr wechselnd und vornehmlich von der Menge und dem Zustande des infektiösfähigen Fleisches abhängig sind. Eine geringe Zahl von eingeführten Muskeltrichinen ruft keine Krankheitserscheinungen hervor. Bei mittelschweren Fällen entwickeln sich die Erscheinungen des Magen- und Darmkatarrhs häufig kurze Zeit nach Genuß des trichinösen Fleisches oder im Laufe der nächsten Tage. Bisweilen fehlt jede Reaktion des Verdauungsapparates, so daß es sehr schwer wird, die Zeit der Infektion zu ermitteln. In Fällen schwerer Erkrankung sind die Störungen des Digestionskanales äußerst stürmische, choleraähnliche. Von ihr werden meist diejenigen heimgesucht, die viel und rohes trichinöses Fleisch zu sich genommen haben. Die Temperatursteigerung setzt bei schwerer Infektion meist im ersten Stadium der Verdauungsstörungen ein und simmt nach Beginn der Muskelercheinungen zu. Sie übersteigt häufig 40° C, ihre Dauer ist verschieden und von der Schwere der Erkrankung abhängig. In den meisten Fällen tritt frühzeitig eine allgemeine Mattigkeit und Abgeschlagenheit oder „Muskellähmigkeit“, wie Kratz und Rupprecht sagen, ein. Ungefähr am 8. Tage schwellen die Augenlider und das Gesicht, seltener die Hände und Füße an. Vom 9. bis 10. Tage, bisweilen auch später,

beginnen als Folge der Einwanderung der Trichinen in die Muskeln des Körpers Gliederschmerzen und Bewegungsstörungen sich geltend zu machen. Ihre Stärke und Ausdehnung ist gleichfalls sehr verschieden. In leichten Fällen bleiben die Kranken ambulant und klagen über das Gefühl von Spannung in den Armen und Beinen, besonders in den Oberarm- und Wadenmuskeln. Bei schweren Erkrankungen sind die Bewegungen der Glieder frühzeitig sehr schmerzhaft und behindert und die Muskeln, namentlich die Flexoren der Arme und Beine, gespannt und hart. Die Kranken werden bettlägerig und pflegen, um die erkrankten Muskeln zu entspannen und die Schmerzen zu lindern, durch Beugung der Ellbogen-, Hand- und Kniegelenke eine charakteristische Stellung einzunehmen. Das Eindringen der Schmarotzer in die Muskeln erzeugt weiterhin Augenschmerzen, Schling- und Atembeschwerden, Schmerzen beim Kauen und Heiserkeit bis zu völliger Aphonie. Die Kranken sind apathisch, deprimiert, bei schwerer Erkrankung und hohem Fieber werden sie somnolent, delirieren und bieten ein typhusähnliches Krankheitsbild. Als Komplikationen sind Bronchialkatarrhe, hypostatische Pneumonien, selten Pleuritis, Schwerhörigkeit, Nasen- und Darmblutungen beobachtet worden. Verlauf und Dauer der Krankheit richten sich nach der Schwere der Infektion. Bei leichten Fällen können die Krankheitserscheinungen innerhalb 8 bis 14 Tagen verschwinden, bei schwerer Erkrankung 4 bis 7 Wochen, bisweilen Monate überdauern.

Die Erkrankung der X. ist, wie die gerichtlichen Erörterungen ergeben haben, zweifellos eine schwere, unter stürmischen Erscheinungen verlaufende Infektion gewesen. Die Krankengeschichte vermag ich leider nicht in ihren Einzelheiten mitzuteilen, da sie mir nicht zur Verfügung gestellt worden ist. Nach dem eigenen Zugeständnis der Kranken hat sie wenige Tage vor dem 10. Februar zerkleinertes rohes Schweinefleisch genossen, das höchstwahrscheinlich von dem am 7. Februar geschlachteten Schweine herrührte, und ist darauf heftig erkrankt. Am 28. Februar ist ihr Tod auf der Höhe der myositischen Erkrankung unter den Zeichen der Atmungsinsuffizienz, wie die vorgefundene hypostatische Lungenentzündung andeutete, erfolgt.

Die verheiratete Löttsch bekundete bei ihrer ersten Vernehmung, daß die X. bereits vor dem 7. Februar über Unwohlsein geklagt habe und behauptet, daß die Erkrankung und der Tod der X. die Folge ihrer ausschweifenden Lebensführung sei. Diese Behauptung ist durch die Sektion wiederlegt worden. Da die Aussagen der Löttsch sowohl über die Erkrankung der X. als auch über die ihres Mannes in mehrfacher Beziehung von den Mitteilungen der anderen Zeugen abweichen, war Grund gegeben, Zweifel in die Richtigkeit dieser Angaben zu setzen, zum mindestens aber dieselben bei Abgabe eines Gutachtens nicht als vollwertig aufzunehmen. Damit soll die Möglichkeit des Krankseins der X. vor dem 7. Februar aber keineswegs in Abrede gestellt werden. Die Lebensweise derselben und insbesondere ihre nächtlichen Liebesabenteuer setzten sie während dieser rauhen Jahreszeit leicht der Gefahr einer Erkältung aus und es ist wohl möglich, daß ihre Gesundheit schon vor dem 7. Februar gestört war. Ist dies der Fall, so würde es sich um die Koinzidenz von zwei verschiedenen Krankheiten handeln. Das Unwohlsein der X. kann vor dem 7. Februar nicht ernster Art gewesen sein, da sie sich noch am 6. Februar nachts im Freien herumgetrieben und bis zum 8. Februar gearbeitet hat. Erst mit diesem Tage setzte die schwere Erkrankung der X. ein. Der mikroskopische Befund der Muskelpräparate aber und das Entwicklungsstadium der aufgefundenen Trichinen weisen darauf hin, daß die X., wie sie selbst vermutete, sich wenige Tage vor dem 10. Februar infiziert hat.

<sup>1)</sup> Eulenburg, Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde, 1883, Casper-Liman, gerichtliche Medizin, 1876. von Hofmann, gerichtliche Medizin, 1903. Flügge, Hygiene, 1902. Strümpell, spez. Pathol. und Therapie der inneren Krankheiten, 1890.

Gleich wie im Falle X. konnten auch von den übrigen Erkrankten die Zeiten über stattgefundene Infektion und über das Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen nicht genau angegeben werden. Es ist dies auch wohl erklärlich, wenn man berücksichtigt, daß die Trichineninvasion beim Menschen Erscheinungen hervorruft, die einem Magen-Darmkatarrh, einem Rheumatismus, einem Typhus ähnlich sind und eine Verwechslung mit diesen Krankheiten im Anfange leicht zulassen, daß weiterhin die Diagnose der Erkrankung A.s und der X. erst am 2. März 1905 endgültig festgestellt und das Interesse der übrigen Kranken erst von diesem Zeitpunkte an auf die Möglichkeit einer Trichinenvergiftung gelenkt wurde und daß inzwischen die Erinnerung an die einzelnen Geschehnisse über Infektion und die ersten Gesundheitsstörungen bei dem einen oder anderen mehr oder weniger getrübt und verwischt worden ist. So erscheint die Erkrankung des Fleischer Lötzsches nicht vollständig aufgeklärt und fällt es auf, daß an ihm Ödeme nicht beobachtet worden sind, Ferner enthalten die Zeitangaben der Eheleute Sch. offenbar Erinnerungsfehler, was schon daraus zu ersehen ist, daß der 12. Februar nicht auf einen Sonnabend, sondern auf einen Sonntag fiel. Die Infektionstermine der Fälle 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 22, 23 liegen, soweit aus den Krankengeschichten geschlossen werden kann, zwischen dem 7. und 16. Februar, die Infektion der Fälle 10, 17, 18, 21, 24 ist nach dem 16. Februar geschehen.

Der Verteidiger Lötzsches kündigte am 13. April 1905 dem Königlichen Landgerichte Chemnitz an (Bl. 96), er werde unter Beweis stellen, daß das am 7. Februar geschlachtete Schwein unmöglich trichinös gewesen sei, weil R. (Fall 19) bereits am 3. Februar unter trichinoseverdächtigen Symptomen erkrankt, unter den beschlagnahmten Fleischwaren kein einziges Stückchen trichinenhaltig befunden worden sei und der Bezirkstierarzt Kuhn auf das bestimmteste behauptete, daß die Trichinen nur von einem Schweine herrühren könnten, welches spätestens im Dezember 1904 geschlachtet worden wäre. Der Tod der X. aber sei nicht durch die Trichinen herbeigeführt, sondern die Folge schon früher bestandener Krankheitserscheinungen. Jedenfalls habe sie sich erkältet gehabt und am 8. Februar stark gehustet. Es komme noch in Frage, inwieweit nicht die im Unterleib vorgefundene Eierstocksyste die Todesursache sei. Die Verstorbene sei schon vor dem 7. Februar sehr krank und insbesondere lungenkrank gewesen, ihr Vater sei einen Monat vor ihrem Tode an galoppierender Schwindsucht gestorben.

Am 18. April 1905 fand vor der 2. Strafkammer des Königlichen Landgerichts Chemnitz die Verhandlung in der Strafsache gegen den Fleischermeister Lötzsches wegen fahrlässiger Tötung in Einheit mit fahrlässiger Körperverletzung und mit dem Vergehen in § 14 des Nahrungsmittelgesetzes statt. Als Sachverständige waren hierzu die DDr. Rolfs und Stecher, die Tierärzte DDr. Schache und Zietzschmann und auf Antrag der Verteidigung der Bezirkstierarzt Kuhn geladen. Dergleichen wohnte ich der Verhandlung als Sachverständiger bei.

Durch Bezirksarzt Dr. Rechholz hatte Bezirkstierarzt Kuhn Gelegenheit gefunden, mehrere Muskelpräparate der verstorbenen X. durchzusehen und trat in der Hauptverhandlung mit der Behauptung hervor, daß die in den Muskeln enthaltenen Trichinen in der Mehrzahl ausgewachsen und vollständig zusammengerollt waren. Er schließe daraus, daß sie sich schon mindestens 4 Wochen im Körper der X. aufgehalten hätten und mindestens 4 Wochen vor dem Todestage, also vor dem 7. Februar 1905, eingenommen sein müßten. Es sei daher ganz unmöglich, daß die X. durch den Genuß von Fleisch infiziert worden wäre, welches von dem am 7. Februar 1905 geschlachteten Schweine herrühre. Der Angeklagte und dessen Verteidiger folgerten weiter, daß dann ein früher geschlachtetes, also auf Trichinen

untersuchtes Schwein in Betracht komme und für diesen Fall den Angeklagten im Hinblick auf die erfolgte Untersuchung kein Verschulden treffen könne. Die Verteidigung machte mit großer Anstrengung den Versuch, mein Gutachten und damit die Anklage zu Fall zu bringen. Die Angaben ihres Sachverständigen stimmten aber nicht mit den gerichtsarztlichen Feststellungen überein und es wurde dieses Dementi meines Befundes auf das entschiedenste von mir zurückgewiesen. Um Wiederholungen zu vermeiden, nehme ich auf die Darstellungen der mikroskopischen Untersuchungsergebnisse Bezug. Die in meinem Besitze befindlichen Präparate zeigen klar und deutlich, daß die Mehrzahl der Trichinen noch in Wanderung begriffen ist und einer Entwicklung von 2—3 Wochen entspricht. Auf diesen Befund habe ich hauptsächlich mein Gutachten gegründet, weil die Krankengeschichten der Infizierten, wie gesagt, in Version und Datenangabe zu sehr variierten, als daß sie ausschließlich für die Zeitabschätzung der Ansteckung im Einzelfalle hätten eine sichere Gewähr bieten und entscheidend sein können.

Daß die X. an Trichinose gestorben war, stand nach dem Sektionsergebnis außer Zweifel und konnte nicht bestritten werden. Wann die typischen Erscheinungen der Trichinose sich bei der X. eingestellt haben, vermochte der behandelnde Arzt in der Hauptverhandlung nicht genau anzugeben, diese seien, sagt er aus, im Verlaufe der ärztlichen Behandlung nach etwa 5—6 Tagen aufgetaucht. Die Intensität der Erscheinungen, unter welchen die X. nach dem 7. Februar erkrankte, der Krankheitsverlauf und die Sektion gaben kund, daß die Verstorbene von einer schweren Infektion betroffen worden war, in deren Verlauf erfahrungsgemäß die Stadien der Erkrankung sich nicht in der gewöhnlichen typischen Form und Schärfe markieren, wie in leichten und mittelschweren Fällen. Die Infektion der übrigen Erkrankten, auch R.s, fiel nach den gerichtlichen Erörterungen in die Zeit nach dem 7. Februar. In Berücksichtigung aller dieser Feststellungen war die Annahme deshalb vollständig berechtigt, daß die Infektion der X. erst nach dem 7. Februar durch Genuß von trichinösem Fleisch, das dem an demselben Tage ohne vorausgegangene Untersuchung geschlachteten Schweine entnommen und mit dessen Zerkleinerung die X. beschäftigt war, verursacht ist, und daß ihr Unwohlsein vor dem 7. Februar mit dieser Trichinenvergiftung nicht in ursächlichem Zusammenhange steht.

Der Einwand, daß die Untersuchung der konfiszierten Fleischwaren ergebnislos gewesen ist, konnte nicht ins Gewicht fallen, da kein Anhalt gegeben war, daß auch nur ein einziges Stück derselben dem am 7. Februar 1905 geschlachteten Schweine entstammte. Außerdem haben die tierärztlichen Sachverständigen sich dahin ausgesprochen, daß eine zuverlässige Untersuchung von Wurstwaren auf Trichinen nicht möglich ist.

Das Gericht erkannte den Fleischermeister Lötzsches als schuldig und verurteilte ihn unter Anrechnung von zwei Wochen Untersuchungshaft zu fünf Monaten Gefängnis und Tragung der Kosten des Verfahrens.

Lötzsches verzichtete auf Einlegung eines Rechtsmittels gegen dieses Urteil des Königlichen Landgerichts Chemnitz. Das von seinem Verteidiger angebrachte Begnadigungsgesuch ist zur Berücksichtigung nicht geeignet befunden worden.

Bezirkstierarzt Kuhn hat seine Polemik extra forum fortgesetzt. An dieser hat sich auch Geh. Medizinalrat Professor Dr. Johne beteiligt und in einem Aufsätze, welcher in der von ihm redigierten Zeitschrift für Tiermedizin, 9. Band 1905, erschienen ist, das Urteil des Königlichen Landgerichts Chemnitz und mein Gutachten einer Kritik unterzogen. Diese Epikrise stützt sich vornehmlich auf die Mitteilungen der Tierärzte Kuhn und Dr. Zietzschmann, ist im Tenor des Kuhnschen Gutachtens



gehalten, stellt sich in der Hauptsache als eine Wiederholung desselben dar und schließt mit dem gleichen Fazit ab.

Beachtenswert ist es, daß in diesem Schriftsatz die Zeugenaussagen und Krankengeschichten weitere Varianten erfahren. So soll die verstorbene X. nach Angabe des verurteilten Löttsch, der sich von Anfang Februar 1905 wegen Krankheit um nichts, selbst um sein Geschäft nicht kümmern konnte, und nach der brieflichen Versicherung der verehelichten Löttsch schon vom 5. Februar ab heftigen Darmkatarrh (10—12 Stühle in einem Tage) gehabt und sich in allen Gliedern wie zerschlagen gefühlt haben, am 8. Februar wegen dieser Erscheinungen und hohen Fiebers in ärztliche Behandlung getreten und am 8. oder 9. Februar zu ihrer Großmutter gebracht worden sein. Amtstierarzt Dr. Zietzschmann und die Großmutter Uhlemann, welche von dem ersteren ausgeforscht worden ist, behaupten entgegen den Bekundungen des behandelnden Arztes auf das bestimmteste, daß die X. bereits mindestens am 8. Februar an Gesichtödem gelitten habe. Weiterhin versichert die verehelichte Löttsch, die eifrig bemüht war, ihren Mann zu entlasten, Professor Dr. Johne brieflich auf das bestimmteste, daß die X. von dem Fleische des am 7. Februar 1905 geschlachteten Schweines überhaupt nichts gegessen haben könne, und straft die Tote Lügen. Hieraus ist zu ersehen, daß man, wenn man viel fragt, auch viel erfahren und in den Laien durch allzuvielen Befragen, ohne es zu wollen, recht viel hineinexaminieren kann. Nach Ausweis der Ratsakten sollen ferner der Fleischer Löttsch bereits am 4. Februar, die X. am 7. Februar, D (Fall 5), B (Fall 3) am 8. Februar, R (Fall 19) und die F (Fall 7) am 11. Februar, C (Fall 4) und der Lehrling A (Fall 2) am 13. Februar an typischen Erscheinungen erkrankt sein, wiewohl sie erst am 8. bez. 9., 23., 20., 22. und 23. Februar in ärztliche Behandlung und Beobachtung kamen und C. am 16. Februar vormittags 11 Uhr mit seinem Vater vom Gemeindevorstand Kempe in Hennersdorf ein Schwein abgeholt und bis in den späten Nachmittag vor dem Gasthof in Hennersdorf gehalten hat, wie die Erörterungen des Gendarm Hermann ergeben haben (Bl. 54). Diese vom Professor Dr. Johne in seinem Aufsätze aufgeführten, von den gerichtlichen Feststellungen stark abweichenden und ihnen widersprechenden, unbestimmten, die tatsächlichen Verhältnisse entstellenden, nachträglichen Angaben beweisen aber von neuem auf das evidenteste, daß im vorliegenden Falle die meisten Zeugenaussagen für die Erstattung eines Gutachtens unzulänglich, nicht geeignet und für die Richtigkeit desselben nicht beweiskräftig sind und daß sie, statt Klarheit zu schaffen, die Sachdarstellung nur verwirren.

Um zu einem sicheren Urteil zu gelangen, war es deshalb erforderlich, bei Beantwortung der Frage, ob die Trichinose in Augustsburg mit dem Genusse eines bestimmten Fleisches in ursächlichem Zusammenhange stand oder nicht, vom Leichenbefunde des 2. März 1905 auszugehen. Die mikroskopischen Feststellungen Kuhns weichen rätselhafterweise von den meinigen erheblich ab. Hic haeret aqua. Professor Dr. Johne nimmt nun vollständig den Staudpunkt seines Schülers ein und ist, ohne überhaupt die Präparate Kuhns gesehen und geprüft zu haben, überzeugt, daß die Trichinen der X. meist zusammengerollt und nur vereinzelt erst in der Zusammenrollung begriffen waren. Dies ist aber nicht zutreffend.

Das negative Untersuchungsergebnis der konfiszierten Fleischwaren findet auch Erwähnung, doch ist dieses aus den bekannten Gründen, weil nichts beweisend, belanglos.

Es wird mir vorgehalten, daß ich nach dem Wortlaute des Gerichtsurteils aus dem Sektionsbefunde auf eine drei- bis dreieinhalbwöchige Dauer des Aufenthaltes der Trichinen im Körper der X. gefolgert hätte. Dies bedarf einer Berichtigung. Ich habe bei der Diskussion über das Alter der vorgefundenen

Trichinen vor Gericht wiederholt und nachdrücklich betont, daß eine Altersbestimmung der Trichinen auf den Tag nicht möglich ist und ihre Aufenthaltsdauer im Körper der Verstorbenen nur annähernd angegeben werden kann, daß dieselbe aber, weil die Trichinen sich meist noch in Wanderung befanden, von mir auf 2—3 Wochen abgeschätzt worden ist.

Professor Dr. Johne bestreitet, daß das am 7. Februar 1905 geschlachtete Schwein trichinös gewesen ist, und gelangt zu folgender Vermutung: Entweder hat Löttsch noch vor dem 7. Februar (ca. 6 bis 8 Tage vorher) ein Schwein blind, d. h. ohne es zur Fleisch- und Trichinenschau, sowie zur Schlachtsteuer anzumelden, geschlachtet oder ein um diese frühere Zeit geschlachtetes und vorschriftsmäßig angemeldetes Schwein ist trotz der Eintragung in das Schaubuch des Trichinenschauers von diesem gar nicht oder nur leichtfertig untersucht worden. Mit diesem Schlußsatze verliert sich der Verfasser im Gebiete der Hypothese.

Er moniert ferner, daß Bezirkstierarzt Kuhn erst auf Antrag der Verteidigung als Sachverständiger zugezogen worden ist und beklagt, daß die Strafkammer ein so geringes Gewicht auf die so bestimmt abgegebenen Gutachten der tierärztlichen Sachverständigen gelegt hat.

Die Beurteilung dieser Einwände kann ich nach der aktenmäßigen Sachdarstellung dem Urteil des Lesers überlassen.

## Welche Umstände lassen es notwendig erscheinen, die soziale Gesetzgebung in den Lehrplan der gerichtlichen Medizin einzufügen?

Von

Dr. Walther Stempel,

dirigierender Arzt des Diakonissen-Krankenhauses Bethlehem und Sachverständiger der Arbeiterschiedsgerichte in Breslau.

(Schluß.)

Für die Ärzte von ganz besonderer Wichtigkeit sind ferner noch die § 16 und 18 des Gesetzes. § 16 besagt, daß Invalidenrente auch derjenige nicht dauernd erwerbsunfähige Versicherte erhält, welcher während 26 Wochen erwerbsunfähig gewesen ist, und zwar für die weitere Dauer seiner Erwerbsunfähigkeit. Leider ist dieser Paragraph nicht nur den Ärzten, sondern auch den beteiligten Versicherten noch vielfach unbekannt, so daß manch Kranker nach Ablauf seiner Kassenzeit in Sorge um die Zukunft schwebt, was ausgeschlossen wäre, wenn er von seinem behandelnden Arzt rechtzeitig auf die Segnungen des § 16 aufmerksam gemacht worden wäre. —

Gerade in diesen Fällen sowie in denen des gleich zu besprechenden § 18 soll sich der Arzt zum Anwalt des Kranken machen, ebenso wie er auf Grund seiner Sachkenntnis rechtzeitig unberechtigten Invalidenanträgen entgegenwirken und dadurch vielfache Enttäuschungen und unnötige Ausgaben vermeiden kann. — Je mehr auch die Ärzte Gesetzeskenntnis erlangen, um so eher werden sie auch dem heut am Arbeitervolk wie eine Pest zehrenden Unwesen der Winkelkonsulten und angeblichen Rechtsverständigen ein Ende bereiten, bei welchem sich zurzeit die Arbeiter für schweres Geld lediglich schlechten Rat erholen. — Nur der behandelnde Arzt kann mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit voraussehen, ob eine Erkrankung sich über die 26. Woche hinaus erstrecken wird, wenn auf seinen Rat dann rechtzeitig der Antrag auf die Krankenrente gestellt wird, so kann der Kranke nach Ablauf der Kassenzeit alsbald in den Genuß der Krankenrente treten, hierdurch wird manchem Kummer und mancher Sorge rechtzeitig vorgebeugt. —

Ähnlich liegen die Verhältnisse bei dem § 18 des Gesetzes, welcher lautet: Ist ein Versicherter dergestalt erkrankt, daß als Folge der Erkrankung Erwerbsunfähigkeit zu besorgen ist, welche einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente be-

gründet, so ist die Versicherungsanstalt befugt, zur Abwendung dieses Nachteils ein Heilverfahren in dem ihr geeignet erscheinenden Umfang eintreten zu lassen. Auch bei diesem Paragraphen sind die Versicherungsanstalten ausschließlich auf die tätige Mitarbeit der Ärzte angewiesen. — Einmal sind dieselben vermöge ihrer Sachkenntnis in der Lage, in denjenigen Fällen, in welchen die Behandlung am Ort des Erkrankten nicht ausreicht, die Übernahme des Heilverfahrens bei der Versicherungsanstalt in die Wege zu leiten, weiterhin vermögen sie aber auch durch ihren Einfluß auf den Kranken demselben die Zweckmäßigkeit einer speziellen Behandlungsart klar zu machen, so daß er den auch heute noch vielfach unter der Arbeiterbevölkerung sich findenden Widerstand gegen jede Art Krankenhausbehandlung zu seinem eigenen Vorteil aufgibt. —

Von großer Bedeutung gerade auch für den Mediziner ist fernerhin der § 47, welcher von der Entziehung der Invalidenrente handelt.

Tritt nämlich in den Verhältnissen des Empfängers einer Invalidenrente eine Veränderung ein, welche ihn nicht mehr als erwerbsunfähig erscheinen läßt, so kann demselben die Rente entzogen werden.

Die tägliche Erfahrung lehrt, daß eine Unzahl von Rentempfängern tatsächlich im Verlauf einer gewissen Zeit in ihrem körperlichen Befinden sich derartig bessern, daß sie wieder für die verschiedensten Lohnarbeiten tauglich erscheinen und mit solchen auch sehr wohl von neuem ihre Mindestverdienstgrenze und mehr erreichen können. — Bei keinem Verfahren ist die Behörde aber so auf die gewissenhafte Mitwirkung der Ärzte angewiesen wie gerade bei dem Rentenentziehungsverfahren.

Nach den Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes ist nämlich eine Entziehung nur dann möglich, wenn entweder im objektiven Befunde eine wesentliche Besserung eingetreten oder wenn anzunehmen ist, daß sich der Kranke an den veränderten Zustand hinreichend gewöhnt hat.

Letztere Bestimmung ist vorzüglich für die Unfallversicherung von Wichtigkeit, im Invalidenverfahren wird man zwar auch zeitweise auf dieselbe zurückgreifen müssen, so besonders bei Personen, die durch Verletzungen in nicht versicherungspflichtigen Betrieben verunglückt sind, hauptsächlich kommt aber im Invalidenrenten-Entziehungsverfahren nur die wesentliche Besserung im objektiven Befund in Betracht.

Daß eine solche nur konstatiert werden kann, wenn ein gründlicher und erschöpfender Anfangsbefund aufgenommen worden ist, liegt auf der Hand.

Es ist demnach Pflicht des begutachtenden Arztes, bereits bei der ersten Untersuchung den körperlichen Zustand derartig genau zu schildern und zu beurteilen, daß ein genauer Vergleich auch noch nach Jahren eine eventuelle Besserung feststellen oder verneinen kann.

Es würde zu weit führen, auch noch die zahlreichen anderen für den Mediziner wichtigen Paragraphen und deren Kommentare anzuführen, ich glaube, daß das bisher Gesagte bereits vollkommen genügt, um überzeugend darzutun, daß die Gesetzeskenntnis mit eine der wichtigsten Faktoren für die Beurteilung einer Invalidität eines Arbeiters ist.

Es erübrigt sich vielleicht, noch kurz darauf hinzuweisen, daß durch Unkenntnis des Gesetzes der Arzt sogar in der Lage ist, einen Versicherten direkt zu schädigen und ihm den Bezug der Rente unmöglich zu machen.

Das Recht, eine Invalidenrente zu erlangen, steht bekanntlich nach § 28 des Gesetzes nur demjenigen zu, der außer dem Nachweis der Erwerbsunfähigkeit eine vorgeschriebene Wartezeit zurückgelegt hat, d. h. der Versicherte muß mindestens 200 Beitragswochen, der Selbstversicherte sogar 500 Beitragswochen erreicht haben.

Vielfach kommt es vor, das Versicherte in Unkenntnis der bestehenden Bestimmungen sich für arbeitsunfähig halten und der Arzt ihnen dann auch auf Grund irgendwelcher Leiden dauernde Erwerbsunfähigkeit bescheinigt.

Hat er sich nun vorher aus den Akten nicht davon überzeugt, ob der Antragsteller auch tatsächlich die erforderliche Wartezeit zurückgelegt und die notwendige Anzahl von Beitragsmarken geleistet hat, so kann dem Versicherten sehr großer Nachteil daraus erwachsen, wenn die Zahl der Beiträge noch nicht vollzählig ist.

Es ist dem Antragsteller dann unmöglich gemacht, sich durch leichte Arbeiten die notwendige Beitragszahl zu verschaffen, denn ein dauernd Erwerbsunfähiger unterliegt nach § 5 Absatz 4 nicht mehr der Versicherungspflicht und kann infolgedessen auch keine Beiträge mehr leisten.

Von mindestens ebenso großer Wichtigkeit wie die genaue Kenntnis des Invaliditätsgesetzes ist aber auch diejenige des Unfallgesetzes, dieses ist sogar noch komplizierter und verlangt eine noch eingehendere Beschäftigung des Arztes, soll die Begutachtung eine zweckdienliche sein und gleiches Recht dem Versicherten als auch den ausübenden Behörden sichern.

So bestehen bereits in Bezug auf die ausübenden Organe des Gesetzes fundamentale Unterschiede.

Während bei der Invalidenversicherung die Versicherungsanstalt die Zentrale darstellt, sind es bei der Unfallgesetzgebung die Berufsgenossenschaften, denen zuvörderst die Ausführung der gesetzlichen Bestimmungen obliegt.

Dieselben sind in einzelne Abteilungen getrennt, für welche auch teilweise verschiedene Vorschriften bestehen, so daß die Kenntnis dieser verschiedenen Gruppen notwendig ist.

So haben wir im allgemeinen die gewerblichen, die land- und forstwirtschaftlichen sowie die Knappschafts-Berufsgenossenschaften, eine weitere Abteilung für sich bilden ferner die Angehörigen der königlichen Eisenbahnverwaltungen. Für alle in diesen Betrieben beschäftigten Personen, seien es Arbeiter, seien es Betriebsbeamte, letztere, sofern deren Jahresarbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt 3000 Mark nicht übersteigt, ist es die Bestimmung des Gesetzes, sie gegen alle in den Betrieben sich ereignenden Unfälle zu versichern, § 1 des Gesetzes.

Für den Arzt ist aus diesem Paragraphen nun zunächst von großer Bedeutung zu wissen, was man überhaupt unter einem Unfall zu verstehen hat.

Derselbe ist im Gesetz als eine körperliche Schädigung eines Menschen definiert, die auf ein plötzliches oder wenigstens zeitlich genauer bestimmbares von ihm nicht beabsichtigtes Ereignis zurückzuführen ist.

Die genaue Kenntnis dieser Bestimmung ist aus dem Grunde ungemein wichtig, weil hierdurch eine strikte Trennung von den körperlichen, sich auch im Betriebe ereignenden Schädigungen vorgenommen wird, die von manchen Ärzten auch jetzt noch als Betriebsunfälle aufgefaßt werden, nämlich den Gewerbekrankheiten. Diese sind immer das Endprodukt einer sich häufig wiederholenden und längere Zeit andauernden körperlichen Schädigung, ich erinnere nur an die Quecksilbervergiftung der Spiegelarbeiter, die Bleivergiftung der Maler und Anstreicher, der Phosphorvergiftung der Zündholzindustrie und andere, diese können aber niemals als Betriebsunfälle angesehen werden, da eben bei ihnen das plötzliche oder wenigstens zeitlich genau bestimmbar Ereignis fehlt.

Des weiteren ist es zu wissen von größter Bedeutung, wenn ein Unfall als Betriebsunfall anzusehen ist.

Das Reichsversicherungsamt hat den Betrieb als den Inbegriff der Verrichtungen definiert, welche sich auf die Vorbereitung, die Durchführung und den Abschluß eines Unternehmens beziehen.

Nun ist aber im allgemeinen bestimmt, daß Unfälle, welche sich auf dem Wege von und zu der Arbeit ereignen, nicht als Betriebsunfälle anzusehen sind, Ausnahmen hiervon sind nur dann zulässig, wenn ein Arbeiter z. B. eine ihm übertragene Arbeit an einer Arbeitsstätte vollendet hat und nun noch eine andere Arbeit an einem von dieser Stätte entfernten Ort vorzunehmen hat.

Unfälle, welche sich demnach auf dem Weg von einer Arbeitsstätte zur anderen ereignen, werden als Betriebsunfälle angesehen.

Für den Arzt ist die Kenntnis dieser in der vorliegenden Arbeit unmöglich erschöpfend zu behandelnden Definition der Betriebsunfälle darum so außerordentlich wichtig, weil er bei dem Verletzten rechtzeitig ein zweckentsprechendes Heilverfahren anordnen soll.

Wenn auch im allgemeinen zunächst von seiten der Kassen für jeden Verletzten gesorgt ist, so kommt doch gerade bei Unfällen eine große Anzahl von Heilbehandlungen in Frage, die über den Rahmen der von der Kasse zu fordernden Leistungen hinaus gehen, ich erinnere hierbei besonders nur an die für die Unfallverletzten so ungemein segensreiche mediko-mechanische Behandlung.

Die Erfahrung hat gelehrt, daß gerade letztere dann um so wirksamer ist, je frühzeitig sie einsetzt.

Die Kassen können zur Übernahme dieser ziemlich kostspieligen Manipulationen nicht verpflichtet werden, dahingegen sind die Berufsgenossenschaften sowie die Versicherungsanstalten stets gern bereit, schon möglichst frühzeitig in geeigneten Fällen diese Behandlungsart zu übernehmen, da sie ja bei schnellerer Herstellung bedeutend an Renten sparen, andererseits aber auch durch die schnellere Heilung eines Verletzten dem Staate und der Familie eine möglichst vollwertige Arbeitskraft erhalten bleibt.

Der Arzt muß nun bereits unmittelbar nach der Verletzung wissen, wohin er gegebenenfalls seine Kranken zu einer derartigen Behandlung zu überweisen hat, lag ein Betriebsunfall vor, so ist die zuständige Berufsgenossenschaft anzugehen, im andern Falle muß die Meldung an die entsprechende Landesversicherungsanstalt erfolgen.

Aus meiner langjährigen Erfahrung weiß ich mich einer großen Reihe von Fällen zu erinnern, in welchen die baldige Empfehlung und Übernahme des Heilverfahrens für beide Teile zur größten Zufriedenheit ausgefallen und von den beteiligten Behörden auch sehr gern frühzeitig aufgenommen worden ist.

Was nun die Meldepflicht eines jeden Betriebsunfalles anbelangt, so wird hierbei von den Verletzten überaus häufig noch mit einer großen Nachlässigkeit zu Werke gegangen.

Hier soll auch der behandelnde Arzt mit eingreifen und den Kranken bald bei der ersten Untersuchung darüber befragen, auf welche Weise sich der Unfall zugetragen hat, ob er als Betriebsunfall aufzufassen und ob auch bereits die vorschriftsmäßige Meldung erfolgt ist.

Das Gesetz verlangt (§ 51), daß jeder Betriebsunfall, welcher eine völlige oder teilweise Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen oder den Tod zur Folge hat, von dem Betriebsunternehmer bei der Ortspolizeibehörde und der zuständigen Berufsgenossenschaft anzumelden ist. Die Meldung muß binnen zwei Tagen nach dem Tage erfolgen, an welchem der Betriebsunternehmer von dem Unfall Kenntnis erlangt hat.

Es wird nun Pflicht des behandelnden Arztes sein, den Verletzten alsbald nach stattgehabter erster Untersuchung daran zu erinnern, seinen Betriebsunternehmer, wenn es nicht bereits geschehen ist, von dem Unfall in Kenntnis zu setzen und die Meldung an die zuständige Behörde zu veranlassen.

Daß die Unfallmeldung auch so schnell wie möglich erfolge, ist darum dringend notwendig, um die den Rahmen der

Kassenverpflichtung überschreitenden therapeutischen Maßnahmen so früh wie möglich anordnen zu können, denn bei einer großen Anzahl von Verletzungen, ich erinnere noch besonders an die Gelenkversteifungen nach Luxationen und Frakturen sowie nach Phlegmonen kann nur die frühzeitig vorgenommene mediko-mechanische Behandlung einen vollen Erfolg zeitigen.

Es ist weiterhin aber auch für den Arzt zu wissen wichtig, daß die Unfallanzeige innerhalb eines Zeitraumes von zwei Jahren noch erstattet werden kann.

§ 59 des Gesetzes besagt darüber, daß Entschädigungsberechtigte ihren Entschädigungsanspruch bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Eintritt des Unfalls bei dem zuständigen Vorstände anzumelden habe.

Für gewisse Fälle sind jedoch auch hierin Ausnahmen vorgesehen.

Absatz 2 des Paragraphen besagt nämlich, daß nach Ablauf dieser Frist der Anmeldung nur dann Folge zu geben ist, wenn zugleich glaubhaft bescheinigt wird, daß die Folgen des Unfalls erst später bemerkbar geworden sind oder daß der Entschädigungsberechtigte von der Verfolgung seines Anspruches durch außerhalb seines Willens liegende Verhältnisse abgehalten worden ist.

In beiden Fällen wird es demnach so ziemlich ausschließlich Sache der Ärzte sein, festzustellen, ob eine von den beiden Möglichkeiten vorgelegen hat.

Für die erste Möglichkeit, daß sich nämlich die Folgen des Unfalls erst nach Ablauf von zwei Jahren gezeigt haben, seien als häufige Beispiele besonders angeführt die anscheinend leichten Gelenkquetschungen, welche jedoch am Schulter- und Hüftgelenk erst nach einigen Jahren deutliche und die Arbeit behindernde Unfallsfolgen in Gestalt chronischer Gelenkentzündungen, vornehmlich der Arthritis deformans, des Melum Coxe Senile, zeigen können, ebenso die Tuberkulose der Gelenke.

Ferner gehört hierher das Crux Medicorum, die traumatische Neurose, aber auch eine ganze Anzahl wirklicher organischer Erkrankungen des Nervensystems, z. B. die spastische Spinalparalyse, die amyotropische Lateralsklerose, nach neuester Auffassung unter Umständen auch die Syringomyelie und andere, nicht minder auch die Epilepsie.

Für die zweite Möglichkeit, daß jemand durch außerhalb seines Willens liegende Verhältnisse an der rechtzeitigen Meldung verhindert worden ist, sind mir aus meiner Erfahrung besonders solche Fälle erinnerlich, in denen nach einer Verletzung eine Geisteskrankheit ausgebrochen oder bei derselben eine Gehirnblutung in solchem Umfange stattgefunden hat, daß einmal durch Lähmung des Sprachzentrums die Verständigung mit der Umgebung, als auch durch Lähmung der Extremitäten eine schriftliche Anzeige unmöglich gemacht wurde. Man sollte allerdings meinen, daß bei derartigen, doch sicherlich immer sehr schweren Verletzungen die nähere Umgebung des Verletzten schon von selbst zur Erstattung der Unfallmeldung schreiten würde, die praktische Erfahrung belehrt uns leider darüber eines anderen, da immer wieder noch derartige Fälle zur Aburteilung gelangen.

Was nun die Art und Weise der Fürsorge für einen Verletzten anbelangt, so ist für den Arzt erforderlich zu wissen, daß die beteiligte Berufsgenossenschaft erst nach Ablauf von 13 Wochen nach stattgehabtem Unfall für den Verletzten einzutreten verpflichtet ist.

An dieser Stelle möge indessen zunächst noch auf den Absatz 9 des § 5 des Unfallversicherungsgesetzes hingewiesen werden, welcher für den behandelnden Arzt eines Unfallverletzten von besonderer Bedeutung ist.

Nach demselben ist nämlich bereits vom Beginn der fünften Woche nach Eintritt des Unfalls bis zum Ablauf der 13. Woche das Krankengeld, welches den durch einen Betriebsunfall verletzten Personen auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes gewährt wird, auf mindestens  $\frac{2}{3}$  des bei der Berechnung desselben zugrunde gelegten Arbeitsverdienstes zu bemessen.

Die Differenz zwischen diesen zwei Dritteln und dem gesetzlich oder statutengemäß zu gewährenden niedrigeren Krankengelde ist der beteiligten Krankenkasse von dem Unternehmer desjenigen Betriebes zu erstatten, in welchem der Unfall sich ereignet hat.

Der behandelnde Arzt muß von diesen Bestimmungen darum Kenntnis haben, weil er dem Verletzten nach Ablauf der fünften Woche bescheinigen muß, daß er tatsächlich noch an den Folgen eines Betriebsunfalls leidet und darum noch kassenärztlich behandelt wird.

Wie schon erwähnt, sind die Berufsgenossenschaften des weiteren befugt, bereits vor Beendigung der 13. Woche ein ihnen geeignet scheinendes Heilverfahren einzuleiten.

Sämtliche Berufsgenossenschaften haben sich die aus langjähriger Praxis unzweifelhaft nachgewiesene Erfahrung zunutze gemacht, in gewissen Fällen das Heilverfahren, besonders das mediko-mechanische, bereits vor Ablauf der Karenzzeit in Anwendung zu bringen, wenn es nicht noch häufiger wie erwünscht geschieht, so muß die Schuld allein den Ärzten beigemessen werden, welche die Berufsgenossenschaften nicht rechtzeitig auf die Notwendigkeit eines zweckentsprechenden Heilverfahrens aufmerksam machen.

Es ist hier der Platz, auch etwas über die Pflichten eines Verletzten in bezug auf ein Heilverfahren zu erwähnen.

So ist jeder Verletzte gehalten, für seinen Teil an der geordneten Durchführung eines Heilverfahrens mitzuwirken, er darf sich einem solchen bei Aussetzung gewisser Strafen und mit gewissen Ausnahmen nicht entziehen.

Er kann nur nicht gezwungen werden, irgendwelche operative Maßnahmen an sich vornehmen zu lassen, die — mögen sie zum eigentlichen Heilverfahren gehören oder nur zur Aufbesserung der Erwerbsfähigkeit zu dienen bestimmt sein (z. B. die Abnahme eines in Beugstellung versteiften Fingers) — in den Bestand oder die Unversehrtheit des Körpers eingreifen oder die, wie jede die Betäubung erheischende Operation nicht ohne Lebensgefahr vorgenommen werden können.

Dahingegen müssen sich die Verletzten jedem sonstigen Heilverfahren, sei es im eigenen Hause, sei es in einem Krankenhaus unterwerfen, so besonders sich einer Massage-, elektrischen oder mediko-mechanischen Behandlung unterziehen.

Die Weigerung, ein derartiges Heilverfahren in Anwendung bringen zu lassen, zog früher den Verlust der Rente nach sich, nach neuesten Bestimmungen des Reichsversicherungsamtes, die unter den Ärzten noch nicht genügend bekannt sind, darf dies jetzt nicht mehr geschehen.

Es kann demnach einem Verletzten, welcher ein ihm zugemutetes, nicht operatives Heilverfahren ablehnt, nur die Rente auf Zeit gekürzt oder entzogen werden und zwar auch nur so lange, als ein in Aussicht genommenes Heilverfahren noch die Möglichkeit einer Besserung verspricht.

Liegt eine derartige Möglichkeit nicht mehr vor, so muß dem Verletzten denn nachträglich die volle, seinem Zustand entsprechende Rente zuerkannt werden.

Meiner Ansicht nach ist diese Bestimmung wenig glücklich gefaßt, sie entzieht den ohnehin aufs äußerste belasteten Berufsgenossenschaften noch die einzig wirksame Handhabe den Verletzten gegenüber, sie beraubt sie ferner in vielen Fällen der Möglichkeit, einen bestehenden Schaden zu bessern oder aufzuheben.

Bei einer Reorganisation des Gesetzes wird man hoffentlich eine Änderung dieser Bestimmung vornehmen.

Es wäre außerdem auch durchaus wünschenswert, wenn die Verfügung über das Verweigern operativer Maßnahmen dahin abgeändert würde, daß der Verletzte sich operative Eingriffe, welche eine wesentliche Besserung der Arbeitsfähigkeit herbeizuführen geeignet sind, und welche ohne Narkose sicher schmerzlos durch lokale Anästhesie gemacht werden können, gefallen lassen müsse.

Ist nun die Berufsgenossenschaft befugt, aber nicht verpflichtet, ein Heilverfahren vor Ablauf der 13. Woche zu übernehmen, so hat sie von Beginn der 14. Woche an die Pflicht, sich ganz um den Verletzten zu kümmern, wenn er bis dahin nicht wieder ohne Einbuße an Erwerbsfähigkeit arbeitsfähig geworden ist.

Sie muß demnach vom Beginn der 14. Woche an einmal die weitere Behandlung des Verletzten, wenn noch erforderlich, auf ihre Kosten übernehmen, demselben außerdem aber noch eine Rente in einer bestimmten Höhe zahlen.

Hiermit kommen wir zu den Bestimmungen über die Rentenentschädigung, die sich wesentlich von den im Invalidenverfahren bestehenden unterscheiden.

Während bei letzterer ein für allemal die Rente in einer bestimmten Höhe festgesetzt ist, die sich nach der Höhe der Beitragsleistungen richtet, dieselbe außerdem nur dann gewährt werden kann, wenn ein Versicherter infolge von Krankheit mehr als  $\frac{2}{3}$  erwerbsunfähig geworden ist, wird im Gegensatz hierzu eine Unfallrente bereits für geringere Schäden bewilligt und schwankt die Höhe derselben zwischen 10 und 100 %.

Bis vor einigen Jahren wurden sogar noch Renten unter 10 % bewilligt, diese Bestimmung ist jedoch nunmehr aufgehoben und die niedrigste Unfallrente beträgt jetzt 10 %.

Man ging bei der Festsetzung dieser Grenze von der Voraussicht aus, daß eine so geringfügige Schädigung, wie sie mit einer Rente unter 10 % zu bewerten wäre, lediglich als eine gewisse Unbequemlichkeit für den Verletzten, aber nicht mehr als eine wesentliche Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit angesehen werden könne.

Was nun die Berechnung der Rente anbelangt, so entspricht die sogenannte Vollrente, also 100 % einer Summe, welche gleich kommt  $\frac{2}{3}$ ,  $66\frac{2}{3}$  % des Jahresarbeitsverdienstes.

Diese Summe wird demnach allen Rentenberechnungen zugrunde gelegt.

Beträgt sie nur einen Teil von 100 %, so wird sie im Gegensatz zur Vollrente als Teilrente bezeichnet.

Eine Zusatzbestimmung zu diesem Paragraphen ist jedoch auch für den Arzt zu wissen sehr notwendig, da er infolge seiner Fachkenntnis den Verletzten häufig ratend beistehen kann.

Es kann nämlich die Rente bis zu 100 % des ganzen Jahresarbeitsverdienstes erhöht werden, dann nämlich, wenn der Verletzte durch den Betriebsunfall derartig hilflos geworden ist, daß er ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann.

Als derartige Fälle könne ich aus meiner Erfahrung das Vorhandensein einer Geisteskrankheit nach Unfall, Verlust mehrerer Gliedmaßen, unter Umständen auch völlige Erblindung.

Diese Rentenberechnung wird nun bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie den Angehörigen der Knappschaften und Eisenbahnen in gleicher Weise gehandhabt, eine Ausnahme bildet jedoch die land- und forstwirtschaftliche Berufsgenossenschaft.

Der § 6 des landwirtschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes, welcher im großen und ganzen dem § 5 des gewerblichen Gesetzes entspricht, enthält noch in Absatz 6 eine von dem letzten Paragraphen abweichende, auch für den Arzt sehr wissenswerte Bestimmung.

Nach ihm wird nämlich die Rente dann, wenn der Verletzte zurzeit des Unfalles bereits teilweise erwerbsunfähig war und deshalb einen geringeren als den durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst bezog, nur nach dem Maße der durch den Unfall eingetretenen weiteren Schmälerung der Erwerbsfähigkeit bemessen.

War der Verletzte zurzeit des Unfalls bereits völlig erwerbsunfähig, so beschränkt sich der zu leistende Schadenersatz lediglich auf die Kosten des Heilverfahrens.

War jemand hiernach vor dem Unfall bereits zu 50 % erwerbsunfähig, ist er nach dem Unfall zu 75 % erwerbsunfähig geworden und beträgt der durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst 300 M., so stellt sich seine Rente auf 25 % von  $300 : 2$  d. h. auf 50 M.

Für den behandelnden Arzt sind diese Bestimmungen darum sehr wichtig, weil er bei Angehörigen der land- und forstwirtschaftlichen-Berufsgenossenschaft eine gründliche Untersuchung des ganzen Körpers vornehmen muß, um etwaige, vor dem Unfall vorhanden gewesene Leiden fest zu stellen und die durch dieselben bedingte Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit einzuschätzen.

Für alle Berufsgenossenschaften gleichmäßig wird dem Verletzten nach Ablauf der 13. Woche auf Grund ärztlicher Gutachten die Höhe der ihnen zuerkannten Rente unter Bekanntmachung der für die betreffende Rentenfestsetzung maßgebenden Gründe mitgeteilt.

Ebenso wie den Invalidenrenten-Anwärtern steht nun auch dem Unfallverletzten, sobald er sich durch die ihm zuteil gewordene Rentenfestsetzung benachteiligt glaubt, das Recht der Berufung an das Schiedsgericht zu.

Die Berufung muß gleichfalls 4 Wochen nach zugestelltem Bescheide eingereicht werden.

Das Schiedsgericht, welches seinen Sitz in den Hauptstädten der einzelnen Regierungsbezirke hat, setzt sich gleichfalls aus einem Vorsitzenden und 4 Beisitzern zusammen, die Verhandlungen sind öffentlich, nur bei der Beratung ist die Öffentlichkeit ausgeschlossen.

Gegen die Entscheidung des Schiedsgerichts ist ebenfalls eine Berufung innerhalb von 4 Wochen an das Reichsversicherungsamt als letzte Instanz unter denselben Voraussetzungen wie bei dem Invaliditätsgesetz möglich.

Die Schiedsgerichte sind im allgemeinen von den ärztlichen Gutachten nicht direkt abhängig, sie sollen vielmehr nach eigenem Ermessen entscheiden, es muß jedoch anerkannt werden, daß das Reichsversicherungsamt besonders in der letzten Zeit das Hauptgewicht auf übereinstimmende und auch sonst einwandfreie ärztliche Gutachten gelegt hat.

Aus meiner Tätigkeit als Sachverständiger der hiesigen Arbeiterschiedsgerichte sind mir viele Fälle bekannt, in welchen das Schiedsgericht im Gegensatz zu den übereinstimmenden ärztlichen Gutachten eine höhere Rente bewilligte oder der Herabsetzung einer Rente nicht zustimmte.

Das Reichsversicherungsamt hat in fast sämtlichen derartigen Fällen dem Rekurs der verurteilten Berufsgenossenschaften stattgegeben und die Rente in der von dem begutachtenden Arzte bestimmten Höhe festgesetzt.

Es ist dies ein Beweis dafür, wie unsere eifrigen Bestrebungen, auf dem Gebiet der sozialen Gesetzgebung das Beste zu leisten, auch von der höchsten Gerichtsbehörde anerkannt werden.

Es erübrigt sich schließlich hier noch einiges über die Herabsetzung der Rente zu erwähnen.

§ 65 des Unfallversicherungsgesetzes besagt hierüber folgendes:

Tritt in den Verhältnissen, welche für die Feststellung der Entschädigung maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Veränderung ein, so kann eine anderweitige Feststellung derselben auf Antrag oder von Amtes wegen erfolgen.

Hiernach ist sowohl eine Erhöhung der Rente als auch eine Herabsetzung sowie völlige Entziehung möglich. Eine Erhöhung wird dann statthaben, wenn eine wesentliche Verschlimmerung der Unfallfolgen eingetreten ist, diese Erhöhung kann aber nur für die Zeit nach Anmeldung der höheren Ansprüche gewährt werden.

Eine Herabsetzung oder Entziehung der Rente, die von dem Tage an in Wirksamkeit tritt, an welchem der dieselbe aussprechende Bescheid dem Entschädigungsberechtigten zugestellt ist, kann dann erfolgen, wenn einmal eine wesentliche Besserung im objektiven Befund eingetreten oder wenn anzunehmen ist, daß der Verletzte sich an die Folgen des Unfalls hinlänglich gewöhnt hat.

Für die erste Bestimmung ist es von ausschlaggebender Wichtigkeit, daß der behandelnde Arzt einen gründlichen objektiven Anfangsbefund niedergelegt hat.

Nur dann ist es möglich, im Vergleich mit demselben eine wesentliche Besserung festzustellen und eine Minderung oder Entziehung der Rente zu empfehlen.

Von der zweiten Bestimmung wird in denjenigen Fällen zahlreich Gebrauch gemacht, in welchen eine wesentliche Besserung des objektiven Befundes nicht zu erwarten steht, z. B. bei dem Verlust von Fingern oder Fingergliedern, wobei man aber in Anbetracht der langen seit dem Unfall verflossenen Zeit, aus der Art der Beschäftigung des Verletzten sowie aus dem von diesem erlangten Arbeitsverdienst schließen kann, daß ihn die Folgen des Unfalls bei der Arbeit nicht mehr wesentlich hindern.

Die Schiedsgerichte und das Reichsversicherungsamt haben von dieser Bestimmung in zahlreichen Fällen ausgiebigen Gebrauch gemacht.

So viel in ganz kurzen und groben Umrissen über die Hauptzüge des Invaliden- und Unfallversicherungsgesetzes, soweit sie für den Arzt von Bedeutung sind.

Sie dürften jedoch bereits genügen, um darzutun, daß die Gesetzeskenntnis mit eines der Haupterfordernisse für jeden unparteiischen und gewissenhaften Gutachter sein muß. Aber selbst die sorgsamste und weitgehendste Kenntnis des Gesetzes macht den Arzt noch nicht allein zu einem perfekten Gutachter, hierzu ist des weiteren dringend erforderlich, daß er einmal mit allen bis zum heutigen Tag angegebenen Untersuchungsmethoden durchaus vertraut ist und sie auch anzuwenden versteht, daß er fernerhin seinen präzis niedergelegten Untersuchungsbefund in richtiger Weise in bezug auf die noch verbliebene Arbeitsfähigkeit zu beurteilen vermag.

Aber auch diese beiden Bedingungen lassen in praxi noch außerordentlich viel zu wünschen übrig, die ungenügende Kenntnis bedingt es zum größten Teil mit, daß Renten zurzeit noch ärztlicherseits in so unendlicher Anzahl und in solcher Höhe bewilligt werden, wie es sich mit der Absicht des Gesetzgebers in keiner Weise verträgt und wie es unweigerlich dazu beitragen muß, die Rentabilität des ganzen großen Unternehmens in Frage zu stellen, wenn nicht rechtzeitig ein energischer Riegel vorgeschoben wird.

Was nun zunächst die Art der Untersuchung anbelangt, so wird dieselbe, je nachdem es sich um Invalidenrentenanwärter oder um Unfallverletzte handelt, in manchen Beziehungen eine etwas verschiedene sein müssen.

Grundbedingung für alle Untersuchungen muß es nur bleiben, alle Antragsteller bei völlig entkleidetem Körper zu untersuchen.

Hier darf kein falsches Schamgefühl, auch keine Furcht vor etwaigem Zeitverlust in Frage kommen, die gewissenhafte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und die genaue Untersuchung eines Menschen ist nur dann möglich, wenn sie bei völlig entkleidetem Körper vorgenommen wird.

Welche Menge körperlicher Schäden entdeckt man hierbei nicht bereits auf den ersten Blick, wie wird häufig dann erst der Gang der Untersuchung in ganz bestimmte Bahnen gelenkt, wie kann man nur unter solchen Umständen sicher sein, nichts zu vergessen oder zu übersehen.

Es ist darum auch von ganz enormer Wichtigkeit, sich bei der Untersuchung an ein ganz bestimmtes Schema zu halten, welches dem Gutachter so zu sagen in Fleisch und Blut übergehen muß und von welchem er niemals abweichen darf, soll seine Untersuchung Anspruch auf Genauigkeit und Vollständigkeit erheben.

Und nur derartige Untersuchungsbefunde können vor dem Forum Gültigkeit beanspruchen.

Vor Beginn der Untersuchung ist die Erhebung der Anamnese von besonderer Wichtigkeit.

Im Invalidenverfahren soll diese eine recht vollkommene sein, da aus derselben sich vielfach schon gewisse Anhaltspunkte ergeben, nach welcher Richtung hin die nachfolgende Untersuchung besonders genau einzusetzen hat.

Sie hat demnach zu umfassen Angaben über die Eltern und Geschwister des zu Untersuchenden, besonders über etwaige hereditäre Belastung (Tuberkulose, Cerium, Syphilis, Epilepsie, Geisteskrankheiten u. dgl.), alsdann sind Erhebungen notwendig über die eignen Jugendjahre des Antragstellers, über die Pubertät, die Ehe, über durchgemachte schwere Erkrankungen besonders Gelenkrheumatismus, Lungenentzündung, Berufskrankheiten und ähnliche.

Zum Schluß müssen die derzeitigen Klagen und Angabens darüber aufgenommen werden, aus welchen Gründen vermeintlich nunmehr Arbeitsunfähigkeit und wie lange besteht.

Bei Unfallverletzten wird man eine sehr genaue Darstellung des Unfalls und der auf denselben bezüglichen Klagen nach den eigenen Angaben des Kranken aufzunehmen haben, es ist interessant, daß sich die Angaben der Kranken dem Arzt gegenüber und bei der polizeilichen oder Zeugenvernehmung öfters nicht decken, hieraus gewinnt man mitunter sehr wertvolle Hinweise auf versuchte Simulation.

Die nach einem ein- für allemal feststehenden Schema vorzunehmende Untersuchung hat sich zunächst auf den allgemeinen Status zu erstrecken.

Sie soll neben einer Angabe über die Körpergröße und das Gewicht (möglichst entkleidet) eine Beschreibung des Aussehens und des Allgemeineindrucks des zu Untersuchenden enthalten.

Es folgt Beschreibung der Färbung der Gesichtshaut und der sichtbaren Schleimhäute, Anwesenheit von abnormen Hautfärbungen, Ikterus, Cyanose u. dgl., Beschaffenheit des Gebisses, der Zunge und der Rachenhöhle, erforderlichenfalls der Nasenhöhle, des äußeren Ohres und des Kehlkopfes durch Spiegeluntersuchung dieser Organe.

Dann Ernährungs- und Kräftezustand, zu beurteilen nach Menge und Beschaffenheit des Fettpolsters und der Muskulatur.

Beschaffenheit der Hohlhände und des Händedruckes.

Hieran schließt sich alsbald die Untersuchung der Wirbelsäule und der sämtlichen Gelenke der Extremitäten, eine Angabe über das Vorhandensein von Krampfadern, Hautveränderungen und Ödemen an den Unterschenkeln, Genu Valgum oder Varum, Plattfüße, Hellux Valgus und ähnliche Deformitäten der Knochen und Gelenke.

Danach wenden wir uns zweckmäßig zur Untersuchung der Brustorgane.

Zunächst muß die Beschaffenheit des Brustkorbes und die Ausdehnungsfähigkeit desselben bei tiefster Aus- und Einatmung bestimmt werden, danach das Verhalten der Schlüsselbein- und Obergrätengruben.

Bestimmung der Lungengrenzen, Verschieblichkeit der Lungen, Klopfeschall- und Auskultationsbefund, Bemerkungen über Husten und die Atmung. Verhalten des Spitzenstoßes, Herzdämpfung, Herztöne, Herzaktion und Puls.

Beschaffenheit aller der Palpation zugänglichen Schlagadern.

Nunmehr folgt die Untersuchung der Bauch- und Geschlechtsorgane, der Bruchpforten, erforderlichenfalls die Untersuchung per Rektum.

Unter keinen Umständen darf die Untersuchung des Urins auf Eiweiß und Zucker verabsäumt werden, gegebenenfalls auch auf andere abnorme Bestandteile.

Unterlassung der Urinuntersuchung ist bei Begutachtungen speziell im Invalidenverfahren schlechterdings ein Kunstfehler.

Ausreden, daß Urin nicht zu erlangen ist, sind nie stichhaltig, vermittelt des Katheters läßt sich jederzeit die zur Untersuchung notwendige Menge erhalten, katheterisieren ist zudem bei Frauen wegen der sonst nicht zu vermeidenden Beimengungen aus der Scheide unerlässlich.

Zum Schluß folgt dann die Untersuchung der Psyche und des Nervensystems.

Auch hierbei muß man, um nichts zu vergessen, ein ganz bestimmtes Schema innehalten, man untersucht zweckentsprechend zunächst die Gehirnnerven der Reihe nach durch vom ersten bis zwölften, dann die Rückenmarksnerven und die von ihnen versorgten Organe.

Nur wenn man sich ganz streng an dieses Schema hält kann man sicher sein, nichts Wichtiges zu übersehen, oder die Untersuchung eines Körperteiles zu unterlassen.

Der erhobene Befund muß natürlich auch dann zwar kurz, aber möglichst genau niedergelegt werden.

Im Invalidenverfahren ist es nun durchaus erforderlich, den Untersuchungsgang nach dem Schema genau von Anfang bis zu Ende inne zu halten, desgleichen bei Untersuchungen von Verletzten, sobald sie der land- oder forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft angehören, da ja bei diesen nicht nur die vom Unfall abhängigen, sondern auch alle anderen vorhandenen Leiden mit berücksichtigt werden müssen.

Für die Begutachtungen der übrigen Berufsgenossenschafts-Angehörigen ist das Hauptaugenmerk auf die Verletzung und deren Folgen zu richten, es darf jedoch bei Abgabe des ersten Gutachtens keineswegs eine Angabe über das sonstige körperliche Verhalten verabsäumt werden, da nur ein genau aufgenommener erster Befund gegen alle späteren Ereignisse sicher schützt.

So ist besonders die Untersuchung des Nervensystems für die nachherige Beurteilung einer traumatischen Hysterie oder Neurasthenie von der größten Bedeutung, ebenso die genaue Untersuchung aller Gelenke für die spätere Entscheidung der Frage, ob eine nachträglich in Erscheinung tretende Gelenkerkrankung Unfallfolge ist oder nicht, kurz, ein genauer und erschöpfender Anfangsbefund erleichtert das ganze Verfahren ungemein und er ist vor allem mit Sicherheit imstande, die Rechte beider Parteien für alle Zukunft hin gleichmäßig zu wahren.

Und das muß ja immer das Leitmotiv für alle unsere Begutachtungen in allererster Linie bleiben.

Hält man sich streng an ein bestimmtes Schema bei der Untersuchung, so wird die genaue Aufnahme des objektiven Befundes im großen und ganzen selten Schwierigkeiten bereiten.

Diese sowie eine weitgehende Verantwortung treten erst dann an den Gutachter heran, wenn es nach Aufnahme des objektiven Befundes gilt die Frage zu entscheiden, inwieweit

ist der Untersuchte infolge von Krankheit oder Unfall in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt.

Diese Frage kann leider von einer großen Anzahl von Ärzten auch heutigentags noch nicht in sinngemäßer Auslegung der Gesetze und des objektiven Befundes sowie der im Laufe der Jahre gemachten Erfahrungen beantwortet werden.

Hieran liegt es fast ausschließlich, wenn Renten in so ungeheurer Anzahl und Höhe bewilligt werden.

Am einfachsten liegen die Verhältnisse noch bei der Rentenfestsetzung in Unfallschäden, dieselben mögen darum zunächst in den Kreis meiner Betrachtungen gezogen werden.

Wie bereits erwähnt, werden hierbei Teilrenten von 10 bis 100 % bewilligt, das Reichs-Versicherungsamt hat nun aus seinen unzähligen Erfahrungen heraus gewisse Normen festgesetzt, welche im Laufe der Zeit durch die verschiedenen Arten der Veröffentlichung so in die Kreise der Ärzteschaft gedrungen sind, daß sie wohl als ziemlich allgemein bekannt angesehen werden können.

Es ist nun allerdings schade, daß diese Normen nur in einer gewissen und beschränkten Anzahl von Fällen in Anwendung gebracht werden können. Sie sind nämlich für denjenigen Zustand fest gesetzt, welcher dem glatten Verlust eines Gliedes oder der Unbrauchbarkeit eines solchen wie sie dem völligen Verlust desselben gleich kommt, entspricht.

Und wie selten man in die Lage kommt, nur den glatten Verlust abschätzen zu müssen, wird jeder wissen, der öfters Untersuchungen von Unfallverletzten vornimmt.

Der glatte Verlust eines Gliedes ist nämlich nur dann anzunehmen, wenn jegliche Art von Komplikationen fehlt, wir gehen wohl in der Annahme nicht fehl, daß ein derartiger Zustand sich bei einem Verletzten erst nach längerer Zeit einstellen kann, jedenfalls nur in den allerseltensten Fällen dann schon vorhanden ist, wenn die Fürsorge der Berufsgenossenschaft und damit die Rentenfeststellung einzusetzen hat, nämlich am Beginn der 14. Woche.

Es können demnach die vom Reichsversicherungsamt aufgestellten normalen Sätze immer nur einen gewissen Fingerzeig in der Begutachtung geben, einfach schematisch nach denselben jeden Unfall abschätzen zu wollen, würde zu großen Ungerechtigkeiten besonders den Versicherten gegenüber führen.

Im allgemeinen hat sich die Praxis heraus gebildet, daß man bei der ersten Rentenfestsetzung, wenn es sich eben nicht um einen verhältnismäßig geringfügigen Unfall gehandelt hat, derjenigen Rente, welche dem Dauerzustand ohne Komplikationen nach den feststehenden Normen entsprechen würde, je nach Art des Befundes eine weitere Rente hinzufügt, welche man passend als Gewöhnungs- oder Übergangsrente bezeichnet hat.

Es ist nun ungemein wertvoll, gleich bei der ersten Rentenfestsetzung die Höhe dieser Zusatzrente zu bestimmen und eine Zeit anzugeben, in welcher nach ärztlichem Ermessen der Dauerzustand ungefähr eingetreten sein kann.

Die Berufsgenossenschaft muß unter allen Umständen, sollen sich ihre Ausgaben nicht ins unbegrenzte steigern, einen Anhaltspunkt haben, nach welchem Zeitraum sie eine Nachuntersuchung des Verletzten anordnen und dann auch unter Umständen die Renten kürzen kann.

Daß aus diesem Grunde ein absolut genauer und eingehender Anfangsbefund durchaus notwendig ist, liegt auf der Hand.

Nur wenn die Möglichkeit eines genauen Vergleiches gegeben ist, kann man eine Besserung oder auch eine Verschlechterung im objektiven Befund feststellen und daraus die vom Gesetz festgelegten Konsequenzen ziehen.

Die eben erwähnten Maßnahmen sind unter den Ärzten bereits ziemlich gut bekannt und werden nach dieser Richtung hin auch im großen und ganzen nur wenig Verstöße gemacht.

Es gibt aber auf dem Gebiet der Unfallversicherung noch gewisse Dinge, welche weniger und zum Teil noch gar nicht bekannt sind und darum eine gerechte Beurteilung sehr häufig ungemein erschweren, mitunter ganz unmöglich machen.

Hierher gehört zunächst das große Gebiet der Zellgewebsentzündungen. Es gibt wohl kaum noch eine Erkrankung, welche derartige schwere Zerstörungen gerade an der Arbeiterhand hervorruft, wie das Panaritium oder die aus einem solchen sich entwickelnde Phlegmone der Hand und des Armes.

Wenn wir überlegen, daß die Hand des Arbeiters kostbarster Besitz ist, von deren normaler Funktion sein und seiner Familie Wohl und Wehe vollkommen abhängt, dann müssen wir uns verständigerweise sagen, daß gerade den schwerwiegenden Folgen der Zellgewebsentzündungen an den Händen der Arbeiter durch die soziale Fürsorge am ehesten und leichtesten gesteuert werden muß.

Sehen wir uns jedoch die Verhältnisse genauer an, wie sie sich tagtäglich in der Praxis abspielen, so müssen wir gestehen, daß wir von einer ausgiebigen Hilfe gerade bei diesen schwersten Unfallsfolgen, die einen Arbeiter betreffen können, noch recht weit entfernt sind.

Zum Teil trifft hierbei sicherlich eine gewisse Schuld die erstbehandelnden Ärzte, als sie gerade nach dieser Richtung hin sehr wichtige und folgenschwere erstmalige Nachforschungen unterlassen.

Um nämlich eine Zellgewebsentzündung als das Produkt eines entschädigungspflichtigen Betriebsunfalles hinzustellen, ist es unbedingt erforderlich, daß derselben eine wenn auch noch so geringfügige und unscheinbare Verletzung der äußeren Haut während der Arbeit, also ein Betriebsunfall vorangegangen sein muß.

Diese Verletzung nun überzeugend nachzuweisen, gelingt dem an Zellgewebsentzündung der Hände erkrankten Arbeiter nur in den allerseltensten Fällen und darum muß so außerordentlich häufig die Ablehnung eines derartigen Antrages erfolgen, zum großen Nachteil des Verletzten, welcher häufig nicht so intensiv geschädigt ist, um einen erfolgreichen Antrag auf die Invalidenrente begründen zu können, der aber in seiner Erwerbsfähigkeit doch derartig behindert ist, daß Not und Elend bei ihm und seiner Familie einkehren.

Der Grund, warum anfänglich kleine Verletzungen von dem Arbeiter fast stets übersehen werden, ist der, daß er derartigen Schädigungen bei seiner Arbeit permanent ausgesetzt ist, so daß er schließlich denselben entweder gar kein Gewicht mehr beilegt oder sie überhaupt an der rauhen, abgearbeiteten und schwielenbedeckten Hand nicht bemerkt.

Erst die erfolgte Infektion mit der beginnenden Rötung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit an der verletzten Stelle machen ihn auf die Erkrankung aufmerksam, er weiß sich dann meistens nicht mehr auf die Gelegenheitsursache zu erinnern, man hört vielfach dann nur die Angabe, man müsse sich wohl die Hand bei der Arbeit erschellt haben, damit wird aber der Betriebsunfall nicht erwiesen und der Anspruch muß dann mangels genügender Beweise bis zu den höchsten Instanzen hinauf abgelehnt werden.

Das Reichsversicherungsamt vertritt diesen Standpunkt, wie ich aus vielfachen Entscheidungen der Neuzeit bestätigen kann, aufs energischste.

Das Idealste wäre ja sicherlich, wenn von Staats wegen, wie es die privaten Versicherungsgesellschaften besonders in ihren mit Ärzten abgeschlossenen Policen bereits seit Jahren getan haben, jede Zellgewebsentzündung als das Produkt eines Unfalles angesehen würde. Dieser Einführung steht jedoch die gewichtige Überlegung gegenüber, daß die zur Infektion führende erstmalige

Verletzung sich ja nicht nur bei der Arbeit, sondern ebensogut hat außerhalb der Arbeit ereignen können.

Die Wahrscheinlichkeit spricht ja allerdings bei einem Arbeiter, welcher mit einem leicht kleine Verletzungen bedingenden Material und den mannigfachsten Werkzeugen umzugehen hat, dafür, daß die zur Infektion erforderlichen kleinen Beschädigungen auch bei der Betriebsarbeit stattgefunden haben, immerhin ist aber doch die Möglichkeit der Verletzung außerhalb der Betriebsstätigkeit stets gegeben.

Man wird darum stets immer wieder darauf zurückkommen müssen, diese erstmalige Verletzung als Betriebsunfall nachzuweisen.

Eine Belehrung der arbeitenden Bevölkerung hinsichtlich der kleinen im Betriebe sich ereignenden Verletzungen und deren Folgen würde sicherlich viel dazu beitragen, Abhilfe der jetzt noch bestehenden Schäden zu beschaffen, durch Wort und Schrift ließe sich hierbei manches Gute erreichen und sollte ein jeder in seinem Kreise sich für die weitere Verbreitung und Bekanntmachung dieser Dinge bemühen.

Am meisten kann jedoch der erstbehandelnde Arzt dazu beitragen, wenigstens mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die Gelegenheitsursache festzustellen.

Es sei hier an dieser Stelle gleich miterwähnt, daß nach ständiger Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes für den Zusammenhang einer Erkrankung mit einer Verletzung nicht die bloße Möglichkeit ausreicht, um Entschädigungsansprüche zu begründen, es muß vielmehr eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit vorhanden sein, sollen die Ansprüche als berechtigt angesehen werden.

Diese Auffassung ist leider unter den Ärzten auch noch wenig bekannt, da immer und immer wieder noch Rentenfestsetzungen auf Grund der bloßen Möglichkeit erfolgen, die dann natürlich von der höheren Instanz zurückgewiesen werden müssen und bei den Beteiligten nur falsche Hoffnungen erweckt haben.

Was nun die Mithilfe des Arztes bei den Zellgewebsentzündungen anbelangt, so ist es seine Pflicht, bei jeder in seine Behandlung gelangenden derartigen Erkrankung zunächst einmal den Patienten darüber zu befragen, wie dieselbe entstanden sei.

Man muß sich nur hüten, zu viel Fragen zu stellen, es genügt die Frage, wie ist die Krankheit entstanden; die Antwort wird am besten notiert, da man nur so späterhin ein richtiges Zeugnis über die ersten Angaben ablegen kann.

Gibt der Erkrankte eine Verletzung als Gelegenheitsursache an, dann muß eine sehr genaue Inspektion der erkrankten Stelle erfolgen, sie wird in den meisten Fällen noch Veränderungen zeigen, welche ein Urteil darüber zulassen, ob die Angaben des Erkrankten mit dem lokalen Befund übereinstimmen.

So wird ein Stich mit einem Nagel, einem spitzen Instrument und ähnlichem, der Riß mit einem Holzsplitter charakteristische Befunde zeigen, welche für die Beurteilung von großer Bedeutung sind.

Bei der Inzision wird man weiterhin möglichst an der Stelle der Verletzung einschneiden, man kann so häufig nach ihrer Ausdehnung Form und Tiefe bestimmen, mitunter auch sehr schön nachweisen, daß die Eiterung tatsächlich von der Verletzung aus nach der Tiefe zu gedungen ist, in vielen Fällen werden sich auch noch typische Fremdkörper Holzsplitter, Glasstückchen, Eisensplitter und andere bemerkenswerte Corpora delicti auffinden lassen.

Aus allen diesen Befunden vermag man sich dann vielfach ein ziemlich sicheres Bild von der Gelegenheitsursache zu machen, man wird die Angaben des Patienten mit diesem

Befund vergleichen und so sehr häufig das tatsächliche Vorliegen oder doch die große Wahrscheinlichkeit eines Betriebsunfalles feststellen können.

Hierdurch werden wir das ganze Verfahren ungemein erleichtern und dazu beitragen, wirklich Bedürftigen die Wohltaten des Gesetzes zuteil werden lassen.

Bei keinem Leiden rächt sich indessen die Unkenntnis der gesetzlichen Bestimmungen und der Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes mehr wie bei den unter der arbeitenden Bevölkerung ungemein verbreiteten Bruchschäden.

Trotzdem gerade bei denselben alle die Umstände, welche für die traumatische Entstehung eines Bruches vorhanden sein müssen, vonseiten des Reichsversicherungsamtes vollkommen klargestellt und präzisiert worden sind, werden doch fortwährend noch Bruchschäden durch die begutachtenden Ärzte als entschädigungspflichtige Unfälle hingestellt, welche kaum einer oder gar keiner der gesetzlichen Bestimmungen entsprechen und die darum ohne weiteres in allen Instanzen glatt abgelehnt werden müssen.

Es kann nicht genug vor diesem Verfahren gewarnt werden, die glücklichen Besitzer eines Bruches sehen sich gewöhnlich schon im Besitz einer Unfallrente und die Enttäuschung ist nachträglich eine große, aber ganz abgesehen davon, entstehen doch hierdurch ganz ungeheure Kosten, die vollkommen nutzlos sind und besser für andere Zwecke verwendet werden könnten.

Es sind nun für das Zustandekommen eines Bruches durch Trauma in der Weise, daß derselbe dann als Betriebsunfall angesehen werden kann, genaue Vorschriften erlassen, die eigentlich jedem Arzt, der sich mit der Begutachtung Unfallverletzter beschäftigt, geläufig sein müßten.

So gehört einmal zum Zustandekommen eines traumatischen Bruches entweder eine sehr heftige direkte oder indirekte Gewalt.

Direkt kann die Gegend der Bruchpforten durch ein schweres Trauma betroffen werden, welches diese Pforten gewaltsam erweitert und so den Bauchorganen den Austritt durch dieselben gestattet.

Ein Fall auf einen stumpf-spitzen Gegenstand, der Schlag eines Pferdehufes, der Stoß mit dem Horn eines Ochsen, stumpfquetschende Gewalten, so besonders beim Überfahren mit schweren Lasten können eine derartige Zerreißen der Bruchpforten bedingen.

Soll der Bruch indirekt, also durch erhöhten Druck vom Bauchraum und gewaltsames Herauspressen von Bauchinhalt durch die präformierten Bruchpforten erzeugt werden, so muß vor allem eine den Rahmen der gewöhnlichen Leistungen bei weitem übertreffende Kraftanstrengung vorher gegangen sein.

Tritt ein Bruch dagegen nur bei der gewöhnlichen Arbeit heraus, so kann das unter keinen Umständen als ein Betriebsunfall angesehen werden, die betreffende Arbeit ist alsdann nur die Gelegenheit zum Heraustreten, aber nicht die Ursache des Bruches gewesen.

Eine erhöhte Kraftleistung wird man dagegen dann annehmen können, wenn z. B. eine viele Zentner schwere Last von mehreren Arbeitern getragen wird und einer oder mehrere derselben plötzlich aus irgendeinem Grunde am weiteren Tragen verhindert werden.

Die übrigen Mitarbeiter müssen dann, wenn sie den Gegenstand nicht fallen lassen wollen, eine bedeutend größere Kraft wie vorher anwenden und damit auch den intraabdominellen Druck stark erhöhen.

Dasselbe wäre der Fall, wenn ein einzelner Arbeiter eine seine Kräfte bedeutend übersteigende Last allein tragen oder fort-schaffen wollte.

Es ist an der Hand einschlägiger zahlreicher Betrachtungen seitens unserer ersten und erfahrensten Kliniker mit Sicherheit



festgestellt worden, daß das gewaltsame Hindurchpressen von Bauchinhalt durch eine doch stets enge Bruchpforte — denn wäre sie nicht eng, wäre der Bruch bei gewöhnlichen Verletzungen, unter Umständen auch schon beim Niesen oder Husten hervorgetreten — von ganz außerordentlich heftigen Schmerzen begleitet ist.

Es ist ja bekanntermaßen für alle die Vorgänge, welche eine brüske Zerrung des Bauchfells bedingen, charakteristisch, daß hierbei ganz bestimmte Symptome auftreten, die nicht zu verkennen sind, ich erinnere nur an den Golzschen Klopfversuch.

Um kurz das Krankheitsbild zu schildern, befällt den Verletzten neben den sehr heftigen, schneidenden Schmerzen ein konstantes Angst- und Todesgefühl, es bricht kalter Schweiß aus, es erfolgt häufig Erbrechen, der Kranke ruft laut nach Hilfe und gebärdet sich stark aufgeregt.

Der Zustand erscheint derartig bedrohlich, daß unter allen Umständen in kürzester Frist für Herbeischaffung ärztlicher Hilfe gesorgt wird.

Diese Vorgänge müssen sich nun sämtlich abspielen, soll der Bruch als Betriebsunfall anerkannt werden.

Es kann dies niemals geschehen, wenn die angeblich Verletzten entweder noch längere Zeit gearbeitet oder erst später den Arzt aufgesucht haben.

Es ist nun mit Sicherheit anzunehmen, daß mit zunehmender Kenntnis dieser Bedingungen, welche ja jedem Antragsteller schriftlich zugestellt werden, die Versuche zur widerrechtlichen Aneignung einer Unfallrente für einen angeblichen Bruchschaden durch genauere Befolgung der bestehenden Vorschriften und Nachahmung der Krankheitserscheinungen sich mehren werden, der erfahrene Arzt wird indessen wohl stets Tatsächliches von Simuliertem unterscheiden und feststellen können.

Es ist aber dringend notwendig, daß er über alles selbst genügend informiert ist, dann werden die wirklichen traumatischen Brüche auch fernerhin das bleiben, was sie auch jetzt noch sind, ein äußerst seltenes Ereignis.

Wie ungemein selten ihr tatsächliches Vorkommen ist, möge daraus hervorgehen, daß ich in meiner mehrjährigen Tätigkeit als Sachverständiger der Arbeiter-Schiedsgerichte, trotzdem wohl in jeder Sitzung ein oder mehrere Anträge wegen derartiger Vorkommnisse zur Aburteilung gelangen, noch nicht ein einziges Mal einen Bruch als durch Betriebsunfall hervorgerufen einwandfrei feststellen konnte.

Liegen in der traumatischen Bruchfrage zurzeit die Verhältnisse vollkommen geklärt, so ist dies doch keineswegs bei einer anderen nach Unfall häufig eintretenden Erkrankung der Fall, welche in recht eigentlichem Sinn ein Kreuz nicht nur der Ärzte, sondern besonders auch der entschädigungspflichtigen Berufsgenossenschaften darstellt, ich meine die nervösen Störungen nach Verletzungen, die man schlechthin unter dem Namen der traumatischen Neurose zusammenfaßt.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß diese Krankheit stets durch einen Unfall hervorgerufen wird, großgezogen wird sie indessen in weitaus den meisten Fällen durch den hartnäckigen Kampf um die Rente und leider auch durch die Nachgiebigkeit der meisten Ärzte diesen Kranken gegenüber.

Es ist ja ohne weiteres einleuchtend, daß sehr schwere Unfälle, welche entweder in einer allgemeinen Erschütterung des Körpers und damit auch einer solchen des Nervensystems bestanden haben, ferner Unfälle, welche mit sehr heftigen Schrecken und großer Aufregung verbunden gewesen sind, so besonders Eisenbahnunfälle, auch eine schwere Alteration des Nervensystems bedingen und werden derartige Fälle auch wohl stets entsprechend gewürdigt und entschädigt werden.

Die meisten Schwierigkeiten bereiten jene Fälle, in welchen das anfängliche Trauma ein geringes gewesen ist und welche

trotzdem späterhin mit allen erlaubten und unerlaubten Mitteln sich in den Genuß einer möglichst hohen Rente setzen wollen.

Durch die jahrelangen Erfahrungen gerade auf diesem Gebiet sind wir eher in der Lage, auch hierbei nach sorgfältiger Beobachtung aller in Frage kommenden Verhältnisse gerecht und richtig urteilen zu können.

Die traumatische Neurose ist danach eine Krankheit wie jede andere und kann man aus der Schwere der einzelnen und für dieselben prägnanten Symptome sehr wohl auch die bestehende Herabsetzung und Einschränkung der Arbeitsfähigkeit taxieren.

Es muß nur eben eine absolut genaue und erschöpfende Untersuchung des Nervensystems, unter Umständen verbunden mit längerer Beobachtung, vorgehen.

Verläßt man sich, wie es leider noch in sehr zahlreichen Fällen geschieht, lediglich auf die gewöhnlich sehr reichhaltigen Klagen und läßt sich außerdem noch durch den leidenden Eindruck dieser Kranken täuschen, dann werden immer und immer zum Schaden der Antragsteller selbst als auch der Behörden jene hohen Renten bewilligt werden, welche wahrhaftig für andere Zwecke besser gespart bleiben könnten.

Nach meinen langjährigen Erfahrungen stehe ich auf dem Standpunkt, daß eine traumatische Neurose nur dann Arbeitsunfähigkeit bedingt und mit der höchsten Rente zu entschädigen ist, wenn sie mit den schwersten nervösen Erscheinungen, sehr häufigen Krampfanfällen, schweren Kontrakturen, häufigem Erbrechen, hochgradiger Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens und ähnlichem einhergeht.

Fehlen alle diese schweren Symptome, so bin ich der Ansicht, daß durch eine möglichst niedrige Rentenfestsetzung der Kranke gezwungen werden muß, sich von neuem mit gewissen Arbeiten zu beschäftigen.

Nur auf diese Weise kommt er über das fortwährende Grübeln und Nachdenken fort ohne den mindesten Schaden für seine Gesundheit, im Gegenteil nur zum Nutzen und Frommen derselben.

Je höhere Renten man einem derartigen Kranken bewilligt, umso mehr wird er in der Annahme einer schweren Erkrankung bestärkt, der Zustand wird schließlich immer schlimmer und schlimmer, recht häufig erlebt man aber auch, was nicht gerade dazu beiträgt, die Achtung vor ärztlichem Wissen zu erhöhen, daß ein mit der Vollrente nun glücklich Bedachter plötzlich wieder in den vollen Besitz seiner Arbeitsfähigkeit gelangt und auch lange Zeit der Kontrolle entschlüpfen kann, wie derartig lehrreiche Fälle von Zeit zu Zeit in den Fachzeitschriften immer wieder mitgeteilt werden.

Umgekehrt wird häufig bei schweren Verletzungen, besonders solchen des Kopfes und der Wirbelsäule die Untersuchung noch oft zu leicht genommen, trotzdem wir heutigen Tages mit unserer glänzend ausgebildeten Untersuchungstechnik bei genauem Verständnis und Interesse für die Sache wenigstens bei längerer Untersuchung und Beobachtung in den allermeisten Fällen eine richtige Diagnose stellen können.

Seit durch meine Veröffentlichung über Halswirbel-Frakturen in der Monatsschrift für Unfall-Heilkunde der Stein ins Rollen gekommen ist, mehren sich in der Fachliteratur die erfolgreich diagnostizierten Verletzungen besonders der Wirbelsäule, gerade in der großen Mühe, welche man sich allseits in der Klärlegung und Feststellung seltener Verletzungen gibt, sollten die Versicherten erkennen, daß ärztlicherseits alles getan wird, ihnen zu ihrem Recht zu verhelfen, daß es aber andererseits auch die vornehmste Pflicht des Gutachters sein muß, unbegründete Ansprüche mit größter Entschiedenheit zurückzuweisen.

Kurz will ich schließlich nur noch einiges über jene Fälle erwähnen, in denen der Tod eines Menschen mit einem Betriebs-

unfall in Zusammenhang gebracht wird in der Absicht, den Relikten die Hinterbliebenenrente zu sichern. § 6 des Unfallversicherungsgesetzes bestimmt nämlich, daß im Fall der Tötung eines Menschen infolge eines Betriebsunfalles den Hinterbliebenen vom Tage des Todes an eine Rente zuzusprechen ist und zwar einmal der Witwe des Getöteten bis zu ihrem Tode oder Wiederverheiratung 20 %, für jedes hinterbliebene vaterlose Kind bis zu dessen zurückgelegtem 15. Lebensjahre 15 % und wenn das Kind auch mutterlos ist, 20 % des Jahres-Arbeitsverdienstes.

So human diese Bestimmung ist und so sehr sie der großen Grundidee des ganzen Gesetzes entspricht, so sehr ist der begutachtende Arzt gerade in diesem Falle auf eine möglichst nüchterne und rein objektive Beurteilung aller in Betracht kommenden Umstände angewiesen, umsomehr, als in der jetzigen Zeit es allmählich so weit gekommen ist, für jeden beliebigen Todesfall irgendeinen durchgemachten oder verdachten Unfall verantwortlich zu machen.

Es vergeht wenigstens bei uns im Regierungsbezirk Breslau wohl kaum eine Schiedsgerichtssitzung, in welcher nicht ein oder mehrere Hinterbliebenensachen zur Verhandlung gelangen, welche aber zum größten Teil als unbegründet zurückgewiesen werden müssen.

Oft liegen die Verhältnisse ja sehr klar, besonders wenn z. B. für den Tod eines Menschen an Lungentuberkulose eine viele Jahre vorher durchgemachte Fußquetschung oder, wie erst vor kurzem hier verhandelt, für den nach der Operation eines eingeklemmten Bruches erfolgten Tod eine 15 Jahre zurückliegende Unterschenkelfraktur verantwortlich gemacht wird.

Die Schwierigkeiten wachsen erst dann, wenn aus dem Unfall unter Umständen doch ein gewisser Zusammenhang mit der nachträglich zum Tode führenden Erkrankung herzuleiten ist.

Nun verlangt aber das Reichsversicherungsamt, um nicht ins uferlose hinaus dann Renten bewilligen zu müssen, seit einiger Zeit in ständiger Rechtsprechung, daß dieser Zusammenhang zum mindesten ein an Sicherheit grenzender, wahrscheinlicher oder überhaupt völlig erwiesener sein muß.

Ist nur die einfache Möglichkeit vorhanden, so kann daraufhin niemals eine Hinterbliebenenrente gewährt werden.

Es wäre überaus wünschenswert, wenn in jedem einzelnen Todesfall, der zur Erhebung von Hinterbliebenenansprüchen Veranlassung geben kann, eine legale Sektion angeordnet würde.

Dann würden sich manche, jetzt noch vielleicht dunkle Punkte leicht erklären, manche Ansprüche kurzer Hand abweisen, manche andere dafür wieder sicher begründen lassen.

In beschränkten Fällen, z. B. bei Knochenverletzungen, kann eine längere Zeit nach dem Tode erfolgte Exhumierung noch Licht in das Dunkel bringen, wie in dem von mir bekannt gegebenen Falle einer Halswirbelsäulenverletzung, für alle Verletzungen der Weichteile muß aber eine möglichst bald nach dem Tode vorzunehmende gerichtliche Sektion dringend gefordert werden.

Jedenfalls darf man in derartigen Fällen sein definitives Urteil nur nach eingehendster Erschöpfung aller in Betracht kommenden Fragen, nach genauem Literaturstudium und Klarlegung aller, auch der manchmal geringfügig erscheinenden nebensächlichen Umstände abgeben.

Meine bisherigen Ausführungen, die sich naturgemäß nur auf ein kleines und begrenztes Gebiet des Unfallwesens beschränken konnte, lassen wohl trotzdem schon erkennen, daß für eine erfolgreiche Begutachtung Unfallverletzter doch recht viel zu wissen notwendig ist, fast noch schwieriger liegen die Verhältnisse aber bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Invalidenverfahren.

Der Grund hierfür ist naheliegend.

Während die Unfallheilkunde jetzt bereits ein staatlich ausgebautes Gebäude darstellt, so daß sich jeder Interessent für besonders wichtige Fragen immerhin aus Büchern und Zeitschriften einigermaßen über brennende Fragen orientieren kann, besitzen wir eine eingehende und erschöpfende Literatur über das Invalidenwesen leider noch nicht, so daß die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu wissen notwendigen Bedingungen der Hauptmasse der Ärzte noch so gut wie unbekannt sind.

Daher kommt es auch, daß gerade Invalidenrenten so unverhältnismäßig häufig und verfrüht gewährt werden.

Eine im vergangenen Jahr auch in Schlesien erfolgte allgemeine Nachuntersuchung hat ergeben, daß eine große Anzahl der Rentenempfänger ebensoviel wie vor Empfang der Rente verdiente und auch ihrem körperlichen Verhalten nach noch sehr wohl als arbeitsfähig anzusehen war.

Es sind Unmassen von Renten auf Grund irriger Voraussetzungen bewilligt worden und kann man hierfür nur einzig und allein die Unkenntnis der Ärzte mit den erst die Invalidität hervorrufenden Veränderungen verantwortlich machen.

Für einen großen Teil der Gutachter erscheint es nämlich nach meinen Erfahrungen ohne weiteres sicher, daß, sofern erst einmal irgend eine Erkrankung von ihnen diagnostiziert worden ist, diese dann auch ohne weiteres Invalidität bedingen muß.

Allein damit wird weit über das Ziel hinausgeschossen, denn dann wären wir schließlich so weit, jedem über 50 Jahr alten Arbeiter eine Invalidenrente zubilligen zu müssen, da man wohl ausnahmslos bei allen derartigen Personen in diesem Alter bereits irgend eine krankhafte Veränderung nachweisen kann.

In einem solchen Alter kann man aber unter keinen Umständen bei der arbeitenden Bevölkerung, die so außerordentlich vielen äußeren Schädlichkeiten ausgesetzt ist, damit rechnen, bei der Untersuchung vollkommen gesunde und normale Organe vorzufinden, meistens treten die typischen Alterserkrankungen gerade im Arbeiterstande früher wie gewöhnlich auf, die ungünstigen hygienischen Lebens- und teilweise auch Arbeitsverhältnisse, die vielfach schlechte oder mangelhafte Ernährung und der ganz unglaubliche Konsum alkoholischer Getränke bringen es mit sich, daß die Organe des Arbeiters vom 50. Lebensjahre ab bereits mehr oder weniger abgenutzt oder erkrankt sind.

Es ist nun Sache des Gutachters, darüber orientiert zu sein, welche Art von Arbeiten und in welcher Zeitdauer dieselben trotz bestehender Organveränderungen noch gelistet werden können und wird von ihnen eine derartige Erklärung lediglich verlangt.

Ob es dann noch möglich erscheint, mit derartigen Arbeiten die vom Gesetz vorgeschriebene Mindestverdienstgrenze zu erreichen, ist eine ausschließlich den behördlichen Organen zustehende Entscheidung, bei welchem nicht nur das ärztliche Gutachten allein, sondern noch so manches andere zu berücksichtigen ist.

Ich habe eingangs der Arbeit bereits erörtert, welche Arbeiten in den meisten Fällen noch das Erreichen der vorgeschriebenen Verdienstgrenze gestattet, es gilt jetzt nur noch darzutun, in welcher Weise Krankheiten die Arbeitsfähigkeit und wie stark beeinflussen.

Ich kann selbstverständlich in dieser Arbeit nicht eine eingehende Besprechung aller in Betracht kommenden Erkrankungen vornehmen, ich muß mich vielmehr darauf beschränken, aus dem großen Material das allerwichtigste und am häufigsten zur Begutachtung führende auszuwählen.

Beginnen wir mit dem wichtigen Kapitel der Herzkrankungen.

Diese Leiden finden sich unter der Arbeiterbevölkerung in sehr ausgedehntem Maße, besonders ist mir die enorme Häufigkeit der Herzklappenerkrankungen aufgefallen, ohne daß es stets gelungen wäre, genaue anamnestische Daten hierfür zu erhalten.

Nur hin und wieder ist ein akuter Gelenkrheumatismus oder eine andere Infektionskrankheit vorhergegangen, gewöhnlich läßt sich ein sicheres ätiologisches Moment nicht feststellen.

Es kann aber gar keinem Zweifel unterliegen, daß die unter der Arbeiterschaft sehr verbreitete und bereits in verhältnismäßig jungen Jahren zum Ausbruch kommende Arteriosklerose in den häufigsten Fällen die Ursache der Herzklappenveränderungen bildet.

Ein großer Teil der Ärzte steht nun auf dem Standpunkt, daß eine Herzklappenerkrankung, gleichgültig ob es sich um eine Insuffizienz oder Stenosis der Klappen handelt, ohne weiteres Erwerbsunfähigkeit bedingt und geben in diesem Sinn ihr Gutachten ab.

Dem muß nun aber ganz entschieden entgegengetreten werden.

Eine lange Erfahrung hat uns gelehrt, daß nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen die durch einen Herzklappenfehler hervorgerufenen Beschwerden derartig heftig werden, um selbst leichte Arbeiten nicht mehr andauernd zu ermöglichen, wie dies zum Erreichen der Mindestverdienstgrenze notwendig ist.

Es muß danach als feststehend erachtet werden, daß ein Herzfehler noch so lange das Verrichten andauernder mindestens leichter Arbeiten zuläßt, als er entweder noch vollkommen unkompliziert ist oder nur mäßige Veränderungen am Herzen bedingt hat.

Als völlig unkompliziert betrachte ich den Herzfehler dann, wenn außer dem Geräusch an der erkrankten Klappe eine sonstige Veränderung nicht nachzuweisen ist.

Auch eine mäßige Vergrößerung des Herzens bei sonst einwandfreier Herztätigkeit ist noch kein Grund, eine Erwerbsunfähigkeit von mehr als zwei Dritteln anzunehmen.

Erst eine stärkere Hypertrophie mit besonders bei Bewegungen sehr lebhafter Herzaktion sowie selbstverständlich die leiseste Erscheinung einer Kompensationsstörung bedingt dauernde Arbeitsunfähigkeit.

Im großen und ganzen lassen sich diese Grundsätze auch auf die übrigen Herzaffektionen anwenden, besonders auch auf die oft beobachtete Myodegeneratio cordis.

Bei dieser wird man außerdem noch sehr oft von einer längeren im Invalidenverfahren überhaupt recht häufig notwendigen Krankenhausbeobachtung Gebrauch machen müssen, um sich hierbei von dem tatsächlichen Vorhandensein, der bei der Herzmukelentartung vielfach geklagten Schwindelanfälle zu überzeugen.

Eine sehr wichtige Rolle spielt bei allen Begutachtungen im Invalidenverfahren das Allgemeinbefinden der Antragsteller.

Es ist hierbei neben dem Aussehen in erster Linie der Ernährungs- und Kräftezustand zu berücksichtigen. Über ersteren informieren wir uns, wie schon erwähnt aus der Beschaffenheit und Menge des noch vorhandenen Fettpolsters, über letzteren aus dem Verhalten der Muskulatur.

Und zwar kommt es hierbei am meisten auf den Muskeltonus an, gerade die exakte Prüfung desselben muß bei dem Arbeiter auf das genaueste vorgenommen werden.

Ich habe nun aus meinen zahlreichen Untersuchungen herausgefunden, daß die Differenz zwischen dem gespannten und entspannten Muskel, am besten am Oberarm gemessen, einen recht guten Anhaltspunkt für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Muskulatur gibt.

Eine Differenz von 2 cm und darüber läßt den Schluß zu, daß die vorhandene Muskulatur zum mindesten zur Vornahme

leichter andauernder Verrichtungen noch durchaus ausreicht, eine Verminderung unter 2 cm kommt nur bei wirklich schlaffer und wenig kräftiger Muskulatur vor und bedingt dann wohl in den meisten Fällen durch die zu einer derartigen Volumensverminderung der Muskeln führenden Erkrankung Arbeitsunfähigkeit.

Auch das bei der Arbeiterklasse so überaus häufige Lungenemphysem wird sehr oft noch falsch beurteilt.

Bei demselben haben wir in erster Linie auf die Beschaffenheit des Brustkorbes zu achten und ob sich derselbe noch bei der Atmung genügend ausdehnt oder nicht.

Bei dieser Prüfung muß man nur die Antragsteller vorher sehr gründlich instruieren, wenn man richtige Maße erlangen will, die wenigsten Menschen verstehen sofort richtig ein- und auszuatmen und sind darum die ohne diese genaue Instruktion und mehrfache Wiederholung gewonnenen Resultate für die richtige Beurteilung bedeutungslos.

Weiterhin ist das Verhalten der Luftröhrenschleimhaut von der größten Wichtigkeit, ein vorhandener Katarrh ist stets eine Komplikation.

So lange dagegen ein solcher nicht vorhanden ist und auch deutliche Atembeschwerden sich nicht zeigen, ist der Emphysematiker unter allen Umständen noch zu andauernden leichten Arbeiten fähig, auch wird eine geringe, streifenförmige Bronchitis in einem oder beiden Unterlappen noch nicht wesentlich die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, besonders wenn dieser leichte Katarrh sich nur während der rauhen Jahreszeit einstellt und im Sommer wieder verschwindet.

Recht geteilt sind noch die Meinungen über die Lungentuberkulose. Ich nehme bei derselben auf Grund meiner Erfahrungen einen etwas milden Standpunkt ein, insofern ich mich bereits dann, wenn Tuberkelbazillen sicher nachgewiesen und auch die Lungenerscheinungen deutlich ausgesprochen sind, meistens für alsbaldige Bewilligung der Rente ausspreche.

Dem Heilverfahren stehe ich nach meinen Erfahrungen durchaus skeptisch und ablehnend gegenüber.

So große Dienste dasselbe bei einem Menschen leisten wird, der sich andauernd auch nach Beendigung desselben schonen und unter günstigen hygienischen Verhältnissen bleiben kann, so wenig hat bisher dasselbe bei der Behandlung der Arbeiter geleistet.

Der Endzweck des Heilverfahrens, sofern es von den Versicherungsanstalten übernommen wird, soll und muß doch der sein, die Leute auf längere Zeit hin wieder arbeitsfähig zu machen.

Das wird indessen doch nur in verschwindend wenigen Fällen erreicht, meist kehren alle Symptome mit der Rückkehr zur Arbeit schnell wieder zurück, die Versicherungsanstalten sind darum gezwungen, neben den immensen Kosten des Heilverfahrens schließlich doch noch die Invalidenrente zu gewähren.

Es ist darum für dieselben zweifellos vorteilhafter, in jedem Fall sicher festgestellter Lungentuberkulose lieber sofort die Rente zu bewilligen.

Recht große Schwierigkeiten macht nach meinen Erfahrungen weiterhin auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei den verschiedenen Gelenkerkrankungen.

Unter diesen spielt besonders die Arthritis deformans eine große Rolle; sie kommt bei der arbeitenden Bevölkerung sehr häufig isoliert als Erkrankung der Fingergelenke, dann aber auch mit Vorliebe in den großen Gelenken vor, eine gewisse Abart derselben stellt nach meinen Untersuchungen das bei der landwirtschaftlichen Bevölkerung geradezu als Berufskrankheit anzusehende Malum Coxae senile vor; es ist mir besonders in der letzten Zeit häufig aufgefallen, daß von seiten der Ärzte bei Arthritis deformans der Fingergelenke, trotzdem, abgesehen

von den kolbigen Verdickungen einzelner Gelenke die Beweglichkeit der Finger und die Kraftentfaltung der Hände eine noch vollkommen normale war, Arbeitsunfähigkeit angenommen wurde, während bei schweren Fällen von Malum Coxae senile mit völliger Ankylosierung des Hüftgelenks noch das Erreichen der Mindestverdienstgrenze als möglich angenommen wurde.

Wie ich an einem ziemlich großen Material feststellen konnte, bedingt das Malum Coxae senile jedoch bereits sehr frühzeitig Invalidität, einmal wegen der mit demselben verbundenen Schmerzen, dann aber auch besonders wegen der Unmöglichkeit, längere Zeit stehen, gehen oder sitzen zu können.

Dahingegen können Leute mit Arthritis deformans der Fingergelenke noch sehr lange andauernd zum mindesten leichte Arbeiten verrichten, so lange die Beweglichkeit der Finger und die Kraftentfaltung der Hände nicht wesentlich eingeschränkt ist, was nur bei sehr langer Dauer der Erkrankung eintritt.

Sehr wenig bekannt sind auch die chronischen Veränderungen der Wirbelsäulengelenke, auch sie bedingen wegen der damit verbundenen Versteifung der Wirbelsäule häufig frühzeitige Invalidität.

Oftmals verbirgt sich hinter einer scheinbaren Arthritis deformans eines Gelenkes ein Rückenmarksleiden, eine Tabes dorsalis oder eine Syringomyelie.

Da bei der Begutachtung von Invalidenanwärtern stets auch eine genaue Untersuchung des Nervensystems erfolgen muß, so dürfte das Grundleiden eigentlich nicht übersehen werden, leider ist dies aber gewöhnlich der Fall, wie überhaupt die Diagnose der Nervenerkrankungen mit zu den am wenigsten geläufigen Kapiteln der Begutachtung gehört.

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei denselben ist dagegen gewöhnlich eine einfache, in den meisten Fällen wird durch das organische Nervenleiden frühzeitig Invalidität bedingt.

Eine Ausnahme macht nur die, bei und in Schlesien so häufige Syringomyelie, ich konnte erst unlängst über 18 in wenigen Jahren von mir beobachtete Fälle berichten, aus der genauen Verfolgung derselben über längere Jahre hinaus komme ich zu dem Resultat, daß trotz bestehender schwerer nervöser Erscheinungen die Erkrankten bei der Syringomyelie noch recht lange Jahre arbeiten können, erst das Eintreten spastischer Erscheinungen an den unteren Extremitäten führt zu dauernder Arbeitsunfähigkeit, desgleichen ein Fortschreiten des Prozesses auf das verlängerte Mark oder das Eintreten von Blasen- und Mastdarmstörungen.

Auch bei der Epilepsie sind eine Menge von Details bei der Beurteilung zu berücksichtigen, vor allem muß dieselbe ärztlicherseits durch Beobachtung mindestens eines Anfalls einwandfrei festgestellt sein, da unter der arbeitenden besonders weiblichen Bevölkerung hysterische Krampfanfälle sehr häufig sind.

Nur wenn die Anfälle sehr häufig und schwer sind oder wenn Anzeichen von geistiger Schwäche vorhanden sind, kann man ohne weiteres Invalidität annehmen, bei leichteren und weniger schweren Anfällen und sonst leidlichem Allgemeinbefinden wird das Erreichen der Mindestverdienstgrenze in einem nicht gefährdeten Betrieb vielfach noch möglich sein.

Schließlich muß noch betont werden, daß bei sehr vielen Erkrankungen, besonders bei denen des Magens, der Nieren, vorzugsweise auch bei den Konstitutionskrankheiten eine genaue Beurteilung nicht auf Grund einer einmaligen Untersuchung, wie es immer noch sehr häufig geschieht, sondern nur nach einer längeren und eingehenderen Beobachtung in einem mit allen Hilfsmitteln der modernen Diagnostik ausgestatteten Krankenhaus möglich ist.

Es sollte von diesen Hilfsmitteln recht ausgiebiger Gebrauch gemacht werden, um stets eine gerechte Beurteilung auch unklar liegender Fälle herbei zu führen.

Es ist unmöglich, in dem dieser Arbeit bestimmten Ziel noch weiter auf Einzelheiten einzugehen, welche Bände füllen müßten, das bisher Gesagte möge genügen, um voll dar zu tun, daß die soziale Gesetzgebung heutzutage in der Medizin einen breiten und gewichtigen Platz einnimmt und ein eigenes großes Arbeitsfeld für sich geworden ist, welches unmöglich mehr so nebenbei, beispielsweise während des klinischen Unterrichts abgefertigt werden kann.

Der Staat hat vor allem ein sehr reges Interesse daran, daß ihm zur geordneten Durchführung seiner sozialen Bestimmungen unter der Ärzteschaft Männer zur Seite stehen, welche gerecht und unparteiisch auf Grund ausgiebiger Erfahrungen und genauer Kenntnis aller einschlägigen Bedingungen urteilen. So wie die Verhältnisse aber zurzeit noch liegen, ist es bei der jetzt üblichen Art des Studiums einfach unmöglich, daß sich der Mediziner die so nötigen Kenntnisse auf dem Gebiet der sozialen Gesetzgebung aneignet.

Die Folge hiervon sind die vielen und großen Fehler, welche jetzt immerwährend noch in der Begutachtung begangen werden und deren schwerwiegenden Folgen sich kein Einsichtiger bei genauer Prüfung der Verhältnisse verschließen kann.

Hierdurch werden dem Staat so unendliche und vollkommen überflüssige Kosten verursacht, daß man, wie bereits eingangs erwähnt, unter allen Umständen nunmehr nach Abhilfe suchen muß.

Und es werden von seiten der ausschlaggebenden Organe bereits wieder Stimmen laut, welche verlangen, die gutachtliche Tätigkeit der Ärzte sozusagen zu monopolisieren, d. h. mit derselben nur die nach jeder Richtung hin erfahrenen Ärzte zu betrauen, um so die jetzt schwer empfundenen Mißstände auszumergen.

Meiner Ansicht nach wäre das eine schwere Schädigung der gesamten Ärzteschaft und darf es unter keinen Umständen dahin kommen. In unserer Zeit der freien Arztwahl muß auch die gutachtliche Tätigkeit eine freie und jedem Arzt zugängliche bleiben, die gesamte Ärzteschaft hat an dem Aufbau der sozialen Gesetzgebung wacker mitgeholfen und hat darum auch das volle Recht, an den Segnungen derselben teilzunehmen.

Soll ihre Tätigkeit jedoch eine für beide Teile ersprießliche sein, so müssen unter allen Umständen noch gewisse Bedingungen vorher erfüllt werden.

Es ist absolut notwendig, daß bereits während des Universitätsstudiums die soziale Gesetzgebung an den Universitäten sowohl theoretisch als auch praktisch gelehrt wird.

Bei der großen Bedeutung und der ungemein wichtigen Rolle, welche diese Disziplin in der späteren Tätigkeit des praktischen Arztes spielt, darf der Unterricht aber nicht nur fakultativ, sondern muß obligatorisch sein, d. h. jeder Studierende, welcher nach Absolvierung seiner Studien das Recht beanspruchen will, auf dem Gebiet der sozialen Fürsorge gutachtlich tätig zu sein, muß den Nachweis führen, daß er sich während des Studiums oder während des praktischen Jahres tatsächlich und erfolgreich mit der sozialen Gesetzgebung beschäftigt hat.

Der Nachweis ist durch einen von dem betreffenden Dozenten auszustellenden Praktikantenschein zu erbringen.

Leider besitzen unsere Universitäten aber noch keine eigenen Lehrstühle für soziale Gesetzgebung, wengleich auch nach den letzten Verhandlungen im Abgeordnetenhaus die Einrichtung solcher geplant zu sein scheint.

Es wäre dies allerdings außerordentlich erwünscht, vorläufig würde es jedoch auch vollkommen genügen, die soziale Gesetzgebung in den Lehrplan der gerichtlichen Medizin mit aufzunehmen.

Allerdings würde es notwendig sein, daß der betreffende Dozent sich vorwiegend nur mit der sozialen Gesetzgebung

befäßt, da dieselbe ein derartig großes und weites Arbeitsfeld darstellt, daß für die übrigen Zweige der gerichtlichen Medizin wenig Zeit bleibt.

Was den Unterricht selbst anbelangt, so würde derselbe in einen theoretischen und einen praktischen Teil zerfallen müssen.

Der theoretische Teil hat die Lehre von den einschlägigen Gesetzen sowie besonders der reichsversicherungsamtlichen Entscheidungen und Verordnungen sowie die Nutzenanwendung derselben zu umfassen.

Im praktischen Unterricht muß vor allem die genaue Art der Untersuchung von Unfallverletzten und Invalidenrentenanwärtern gelehrt werden, ferner die Abfassung der Gutachten und als wichtigstes die Abschätzung gewisser Unfallfolgen oder Krankheitszustände.

Als Lehrer dieser Unterabteilung der gerichtlichen Medizin kämen selbstverständlich nur diejenigen in Betracht, welche einmal durch langjährige Betätigung auf dem Gebiet der sozialen Gesetzgebung und literarisch sich intensiv mit derselben beschäftigt haben, dann aber auch über ein reichliches einschlägiges Krankenmaterial verfügen, welches sie den Hörern jederzeit zugänglich machen können.

Die Teilnahme an den einzelnen Kursen soll weiterhin auch für praktische Ärzte offen stehen, damit auch diese noch nachträglich die vorhandenen Lücken ihres Wissens auf diesem wichtigen Gebiet ausfüllen können.

Nur auf diese Weise kann es schließlich gelingen, das Resultat eifriger, jahrzehntelanger Arbeit auf dem Gebiet der sozialen Gesetzgebung Allgemeingut aller Ärzte werden zu lassen, nur so wird es möglich sein, daß die Beteiligung sämtlicher Ärzte an dem größten Kulturwerk aller Zeiten und Länder bewahrt bleibt, daß dann schließlich auch dieses Werk noch weiter wachse und gedeihe zur Ehre und zum Ruhm unseres deutschen Vaterlandes und im besonderen der deutschen Ärzteschaft.

## Referate.

### Neurologie und Psychiatrie.

#### Über Unfallslähmungen des N. facialis.

Von Dr. C. Minor-Moskau.

(Mon. f. Unf.-Heilk. 1905. Nr. 9.)

1. Ein 35 jähriger Händler steht in einem Eisenbahnwagen mit der Wange gegen die Tür gelehnt. Bei einem plötzlichen Anziehen des Wagens wird er so heftig gegen die Tür geschleudert, daß er bewußtlos umfällt. Nach dem Erwachen sickert Blut aus dem Ohr. Der N. facialis ist gänzlich gelähmt, tiefe Entartungsreaktion. Therapie fruchtlos. Bei der Schädelbasisfraktur ist der Fazialis offenbar schwer verletzt.
2. Ein 43jähriger Arbeiter erhält von einer schweren eisernen Röhre einen Schlag gegen die Wange. Tiefer Riß, der vom äußeren Augenwinkel senkrecht herabzieht. Fraktur des Jochbogens. Nach der Heilung sind der Frontalis, Orbicularis palpebrarum, Levator alae nasi et labii superioris gelähmt, die zu diesen Muskeln ziehenden Nervenäste zeigen Entartungsreaktion. Dagegen sind die Nervenäste intakt, die zu den längs des Unterkiefers und zur Unterlippe ziehenden Muskeln verlaufen.
3. Ein 21jähriger Arbeiter wird durch einen Hebel mit der Wange gegen einen Eisenbahnwagen gepreßt. Tiefe Rißwunden im Gesicht, Zertrümmerung des Kiefergelenks und des Oberkieferknochens. Völlige Lähmung des Fazialis, daneben auch Lähmung des 2. und 3. Trigeminusastes.

In allen 3 Fällen hatten die Verletzten Anspruch auf Entschädigung. Aber die Fazialislähmung bedingt an sich nur einen Schönheitsfehler, der als solcher nicht zur Entschädigung

berechtigt. Die Ansprüche waren mithin in allen Fällen nur durch die sonstigen, z. T. sehr schweren Verletzungen zu begründen.

Lehfeldt.

#### Zur Differentialdiagnose zwischen Kleinhirntumoren und chronischem Hydrocephalus. (Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Angiome des Zentralnervensystems.)

Von Finkelnburg.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 29. Band. 1.—2. Heft.)

So erwünscht auch die Differentialdiagnose zwischen Hydrocephalus und Kleinhirntumoren schon aus praktischen Gründen wegen der Operation ist, so sind wir heute trotz Berücksichtigung aller diagnostischen Momente vor einer Fehldiagnose nicht gesichert, wie die interessanten Mitteilungen lehren. Danach kann cerebellarer Gang auch ein Frühsymptom bei chronischem Hydrocephalus und bei Tumoren der Zentralganglien sein. Ein normales Verhalten oder Abschwächung der Sehnenreflexe spricht nicht gegen Hydrocephalus. Das Schmidtsche Symptom (Aufreten von Erbrechen, Schwindel und anderen Zeichen einer intrakraniellen Drucksteigerung bei einer bestimmten Seitenlage) ist nicht charakteristisch für Kleinhirntumoren, sondern findet sich auch bei Großhirngeschwülsten. Umschriebene Klopf- und Druckempfindlichkeit des Schädels findet sich auch bei chronischem Hydrocephalus.

Schultze.

#### Über die Encephalitis des Tractus opticus.

Von Rosenfeld.

(Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1905, II, Nr. 83.)

Die von Nonne „Pseudotumoren“ genannten Symptomenkomplexe bieten viele Analogien zur Encephalitis; bei letzterer finden sich aber nicht häufig Pulsverlangsamung und Stauungspapille, welchen Symptomen wir regelmäßig bei Pseudotumoren begegnen. Das Vorkommen von Pulsverlangsamung bei Encephalitis ist von verschiedenen Seiten konstatiert. Daß aber auch Stauungspapille sich bei ihr vorfinden kann, macht die vorliegende Beobachtung des Verfassers wahrscheinlich.

Schultze.

#### Ein Fall von simulierter Epilepsie.

Von Leubuscher.

(Neurologisches Zentralbl. 1905, Nr. 13.)

Rudolf Br., simuliert 26 Jahre lang (vom zwölften Lebensjahre ab) epileptische Anfälle. Er war in dieser Zeit verschiedene Male in den Berliner Anstalten Dalldorf, Herzberge, Wuhlgarten, ohne daß die Simulation erkannt wurde. Der Zweck der Simulation war, während der Schulzeit Nachsicht, und späterhin Straffreiheit für seine mannigfachen Vergehen zu erlangen. Auf Wunsch produziert R. Br. in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie seine Anfälle in sehr geschickter Weise: kurzdauernde klonische Krämpfe, dann tonische; auf Nadelstiche keine Reaktion, Schaum vor dem Mund usw.

Hoppe-Uchtspringe.

#### Über Dementia paralytica nach Unfall.

Von Reinhold.

(Neurolog. Zentralbl. 1905, Nr. 14.)

In der Annahme einer rein traumatischen Paralyse ist man bisher mit Recht sehr vorsichtig gewesen. R. teilt einen Fall mit, bei dem er Syphilis und ein anderes ätiologisches Moment mit Sicherheit ausschließen zu können meint. Ein vorher ganz gesunder, 40jähriger Mensch fällt mit ziemlicher Gewalt aufs Gesäß. Es machten sich zunächst nur ziemlich heftige Kreuzschmerzen bemerkbar. 1/4 Jahr nach dem Unfall war die Pupillenreaktion bereits träge, der Gang schwerfällig und steif, in beiden Armen reißende Schmerzen. Zu einer Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit kam es nicht mehr. Zehn Monate nachher traten Kopfschmerzen und Abnahme der Sehkraft

ein. Es entwickelte sich mehr und mehr das klassische Bild der Paralyse.

17 Monate nach dem Unfall stellten sich Verwirrungszustände ein, die in immer stärkerer Form wiederkehrten, daneben Pupillenstarre, Paresen der Augenmuskeln, gesteigerte Sehnenreflexe, Inkontinenz, Sprachstörung, epilepti- und apoplektiforme Anfälle. In einem solchen Anfall erfolgte exitus, ein Jahr zehn Monat nach dem Unfall.

Die Obduktion bestätigte die schon zu Lebzeiten gestellte Diagnose.  
Hoppe-Uchtspringe.

### Über Hystero-Epilepsie.

Von Steffens.

(Arch. f. Psych. Band 39, Heft 3.)

Verf. sucht im vorliegenden Aufsatz den in dieser Einseitigkeit vielleicht nur noch von Nonne vertretenen Standpunkt näher zu begründen, daß Hysterie und Epilepsie nicht ihrem Wesen nach verschiedene Krankheiten sind, sondern nur eine einzige Krankheit. Die Hystero-Epilepsie, unter welcher er also nicht eine dritte Krankheit versteht, die zwischen Hysterie und Epilepsie steht, sondern womit er die Hysterie und Epilepsie selbst meint, welche unter diesem Namen zu einem gemeinschaftlichen Krankheitsbild zusammengeslossen werden. Andere Autoren, wie z. B. Moebius, Bratz und Falkenberg, welche auf Grund langjähriger Erfahrungen und Beobachtungen zu einer anderen Auffassung gekommen sind, sind eben rückschrittlich, in ihren Schlußfolgerungen inkonsequent und willkürlich usw.

Ähnlich theoretisch ausgeklügelt und schablonenhaft wie die Auffassung der Hysterie und Epilepsie, sind auch die therapeutischen Grundsätze St.s. Die einen (d. i. epileptischen) Gruppen sind mit Brompräparaten, die andern (hysterischen) besser mit „psychotherapeutischen Maßnahmen anzugreifen“!  
Hoppe-Uchtspringe.

### Mitteilungen über Hysterie.

Von Stintzing und Grober.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 23. Band. 2-4. Heft.)

Stintzing teilt einen Fall von hysterischem Mutismus mit, der mit hysterischem Asthma kombiniert war. Der Kranke hatte 10 Monate vorher einen Unfall erlitten; trotzdem war die traumatische Quelle sehr wahrscheinlich. Es bestand totale Stummheit und vollständige Aphonie. Suggestive Behandlung, Vibrationsmassage und systematische Lautübungen brachten bald in einigen Tagen Genesung. Unbedeutender Rückfall.

Der Fall von Grober betrifft ein erblich nicht belastetes, fast 4 Jahre altes Kind mit hysterischem Schlafzustand und ausge dehnten choreatischen Bewegungen; 6 Wochen nach dem Erwachen trat eine in wenigen Tagen verschwundene Steifheit des rechten Handgelenkes ohne irgendeine nachweisbare organische Veränderung ein.  
Schultze.

### Über hysterische Selbstverletzung.

Von Dr. Christoph Müller, Immenstadt.

(Münch. med. Wochenschr. 1905, Nr. 20.)

Eine Hysterika gab an, im Brot drei Nadeln verschluckt zu haben, auf den tröstenden Bescheid, daß sie durch den Stuhlgang abgehen würden, präsentierte sie nach acht Tagen eine blanke Nähnadel als erbrochen. Der Gatte wurde, mit der Bitte, die Frau nicht darüber aufzuklären, auf das Unsinnige der Begebenheit aufmerksam gemacht, dürfe jedoch seine Frau belehrt haben, denn nach weiteren acht Tagen wurden zwei tadellos oxydierte Nadeln als im Stuhlgang abgegangen präsentiert. 1/2 Jahr später wegen eines Prolapses eine durch Komplikationen nicht gestörte Kolporhaphie. Wieder 1/2 Jahr später erkrankte die Frau an unstillbaren Uterusblutungen, welche, da alle Mittel versagten, die Totalexstirpation nötig machten; dabei

wurden im l. Ligamentum latum zwei Nähnadeln gefunden, die sicher von der Scheide aus eingestoßen sein müssen, da jede Spur von Verwachsungen, welche auf eine Einwanderung vom Darm aus hätten deuten können, fehlten. Die Frau hatte außerdem schon vor dem Eintritt der Blutung geäußert, daß die Kolporhaphie eine Operation gewesen sei, um Nadeln aus dem Leib zu entfernen.  
Seelhorst.

### Über vollständige kutane und sensorielle Anästhesie in einem Falle von traumatischer Hysterie.

Von Paul Seifert.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 28. Band. 2-4. Heft.)

Nach einem verhältnismäßig unbedeutenden Unfall trat bei dem erblich nicht belasteten Individuum eine komplette sensible und sensorielle linksseitige Hemianästhesie mit konzentrischer Gesichtsfeldeinengung des rechten Auges auf. Diese Hemianästhesie besteht schon 11 Jahre. Wegen der interessanten Details sei auf das Original verwiesen.  
Schultze.

### Ein weiterer Beitrag zu der Frage „Simulation oder Hysterie“.

Von Dr. Klar-Heidelberg.

(Mon. f. Unf.-Heilk. 1905, Nr. 9.)

Klar hat in der Vulpiusschen Klinik folgenden Fall beobachtet. Der 26jährige Maurer L. erleidet am 14. Dezember 1903 eine Quetschung des linken Knies. Ein halbes Jahr nach dem Unfall bescheinigt ihm der behandelnde Arzt, daß er nicht nur eine starke Quetschung der Knochen, sondern auch eine Zerreißung der Bänder davongetragen habe, so daß das Bein ohne Zweifel steif bleiben würde. Nach weiteren 7 Monaten berichtet er, daß das Bein fast ganz steif sei, empfiehlt aber nun medikomechanische Behandlung. Vom 7. bis 25. Februar 1905 war L. deshalb in der Vulpiusschen Klinik. Bei der Aufnahme hielt er das linke Bein im Knie völlig steif, stützt sich jedoch ganz gut darauf. Keine Formveränderung, keine Druckschmerzhaftigkeit am Knie. Dagegen fällt an diesem das starke Vortreten der kräftig entwickelten Muskulatur auf; die einzelnen Muskelbäuche bilden stark vorspringende Wülste unter der Haut und fühlen sich hart gespannt an. Das gilt namentlich von den Muskeln, die den Streckapparat des Kniegelenks zusammensetzen, aber auch von den Unterschenkelmuskeln. Die weitere Untersuchung ergibt Unempfindlichkeit des linken Unterschenkels für Schmerz und Berührung, von sonstigen Symptomen am Nervensystem aber nur Fehlen des Rachenreflexes. Alle Versuche, das Bein beim Massieren oder bei den Übungen zu biegen, mißlingen. Die anfangs gegebene Erlaubnis, das Bein in Narkose zu untersuchen, zieht L. wieder zurück. Er will die Klinik verlassen, und erst als ihm gesagt wird, daß er dann eventuell die Rente einbüßen könne, erklärte er sich zu einer eingehenden Untersuchung ohne Narkose bereit. Vier Ärzte versuchten nun unter größtem Kraftaufwand bei möglichster Vorsicht, das Knie zu beugen. L. schrie dabei laut, spannte alle Körpermuskeln aufs heftigste an, machte aber keine Abwehrbewegungen. Endlich gelang es, das Knie zu beugen, ohne einen Widerstand im Gelenk selbst wahrzunehmen und ohne eine Verletzung des Gelenks durch dieses brüske Verfahren zu setzen. Nachdem die Lösung der Versteifung einmal vollzogen war, konnte man leicht passive Beugungen des Knies wiederholen und dabei völlig normale Verhältnisse im Gelenk selbst feststellen. Allmählich entschloß sich L. auch zu immer ausgiebigeren aktiven Bewegungen im Knie. Die Angaben über die Empfindungslähmung wurden schwankend. Bei einer längeren Untersuchung am 20. Febr. wurde L. aufgefordert, bei geschlossenen Augen mit „Ja“ zu antworten, wenn er die Berührung fühle, mit „Nein“, wenn er sie nicht fühle. Er gab bei Berührung des rechten Beines

prompt ein „Ja“ an, antwortete aber bei Berührung des linken Beines ebenso prompt mit „Nein“. Gefragt, wie er denn „nein“ sagen könne, wenn er doch überhaupt nicht fühle, ob er berührt sei, wird er verlegen und stammelte einige sinnlose Sätze zur Erklärung. Von jetzt ab kann er aber am linken Bein wieder alles fühlen, auch die Kniebeugung und -Streckung rasch und ohne Zittern ausführen. Dagegen hält er beim Gehen das Bein noch immer steif. Am 25. Februar verläßt er eigenmächtig die Klinik. Das Gutachten von Vulpius und seinen Assistenten erklärte L. für einen Simulanten. Von der Berufsgenossenschaft mit seinen Ansprüchen abgewiesen, klagt L. beim Schiedsgericht. Er wird aber abgewiesen, zumal der Gendarm aussagt, daß L. vom 16. März ab kräftig bei Wegearbeiten und im Steinbruch mitarbeitete, obwohl er angeblich noch ganz erwerbsunfähig war.

Lehfeldt.

## Bücherbesprechungen und Anzeigen.

**Hackl, Max.** Das Anwachsen der Geisteskranken in Deutschland. München, Seitz & Schauer, 1904.

Eine brauchbare Statistik über das Anwachsen der Geisteskranken in Deutschland haben wir nicht, da bei den Volkszählungen seit 1871 die Geisteskranken nicht mehr berücksichtigt worden sind; und dies ist der einzig zweckmäßige Weg. In Preußen und Sachsen wächst die Zahl der Kranken wenigstens bis 1895 und zwar über die Zunahme der Bevölkerung hinaus.

Die Anstaltsstatistiken berücksichtigen vielfach nicht die Privatanstalten. Immerhin ist es wahrscheinlich, daß die Zahl der Geisteskranken in Deutschland über die Zunahme der Bevölkerung hinaus anwächst. Erhebungen über die Gesamtzahl der Geisteskranken gelegentlich einer Volkszählung in Deutschland sind dringend erwünscht und auch nicht allzuschwer durchzuführen.

V. schildert dann die historische Entwicklung des Irrenwesens und den gegenwärtigen Stand der Irrenfürsorge, der den tatsächlichen Bedürfnissen noch nicht genügt. Er verlangt die Schaffung eines Irrengesetzes, den Ausbau der Fürsorge für die Imbezillen und Idioten, für die Epileptiker und für geisteskranken Verbrecher, sowie Anbahnung einer allgemeinen Prophylaxe (Vererbung, Alkoholismus, Lues, nervöse Erschöpfung).

**Cramer, A.** Über Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen Standpunkte aus. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Dritter Band. Heft 4. Halle. C. Marhold. 1905. 16 S. M. 0,50.

Ausführliche Wiedergabe des auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie gehaltenen Vortrags, cf. Referat dieser Ztschr. S. 238.

Schultze.

**Reinach, Adolf.** Über den Ursachenbegriff im geltenden Strafrecht. Leipzig. 1905. J. A. Barth. 69 S. M. 1,80.

Nach einer interessanten Skizze über die Beziehungen zwischen Recht und Psychologie unterzieht Verfasser die drei hauptsächlichsten Theorien über den Ursachenbegriff einer kritischen Besprechung. Die Lehre von der Gleichwertigkeit der Bedingungen führt bei den qualifizierten Delikten zu widersinnigen Konsequenzen. Die Einführung der wirksamsten Ursache übersieht, daß ein Vergleich mit den wohl stets vorhandenen absoluten Bedingungen unmöglich ist. Die Theorie von der adäquaten Verursachung erweist sich auch nach Einführung bestimmter Änderungen bei der schuldhaften Verursachung als überflüssig, bei der Verursachung schlechthin als unrichtig.

Verfasser untersucht dann den Begriff der Verursachung gesondert bei den vorsätzlichen Delikten, bei den fahrlässigen Delikten und den durch den Erfolg qualifizierten Delikten, immer nur allein in Rücksicht auf die Meinung des Gesetzes. Ursache ist bei jenen Delikten jede den Erfolg bedingende Handlung;

indes bedarf es einer scharfen Definition des Begriffs Vorsatz und Fahrlässigkeit; Vorsatz ist ein Wollen mit dem objektiv geforderten Bewußtsein der Gewißheit, und Fahrlässigkeit hinsichtlich der verursachten Erfolge, nicht Fahrlässigkeit schlechthin ist Strafvoraussetzung. Etwas anderes versteht der Gesetzgeber unter Ursache bei den durch den Erfolg qualifizierten Delikten. Ein Erfolg ist hier Ursache eines anderen, wenn er ihn oder eine Vorstufe von ihm unmittelbar bedingt.

Schultze.

**Pollatschek, Dr. A.,** Karlsbad. Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1904. Ein Jahrbuch für praktische Ärzte. Wiesbaden, bei Bergmann, 1905. 350 S.]

Wiederum liegt die übersichtliche, reichhaltige und anregende Darstellung vor, die Verfasser mit einem wahren Bienenfleiß alljährlich bearbeitet. Außerordentlich vollständig und doch kritisch sichtigend, bringt das Buch die therapeutischen Fortschritte in alphabetischer Anordnung des Stoffes und in fließender, nicht ermüdender Sprache. Mehrere Register ermöglichen leicht die Auffindung jeder wünschenswerten Auskunft. Besonders gelungen erscheinen die Artikel Appendicitis, Darmkrankheiten, Ernährungstherapie, Geburtshilfe, Licht- und Mechanothérapie, Narkose, Nierenkrankheiten, Syphilis, Veronal. Es ist natürlich nicht möglich, im Referat näher auf den überreichen Inhalt einzugehen. Wie bisher, wird das Buch dem Praktiker ein zuverlässiger Ratgeber, dem Forscher — namentlich, wenn man die ganze Reihe der vorliegenden Jahrgänge berücksichtigt — ein interessantes Zeugnis für die Entwicklung der modernen Therapie sein.

Ktg.

**E. Roth-Potsdam, Reg.- und Geh. Med.-Rat.** Kompendium der Gewerbekrankheiten. Verlag R. Schoetz, Berlin.

Von dem unseren Lesern bereits rühmlich bekannten Werke wird demnächst im Verlage der Libreria editrice Lombarda in Mailand eine italienische Übersetzung, besorgt von Professor Devoto in Pavia, erscheinen.

## Tagesgeschichte.

### Volksheilstätten.

In der „Concordia“ wird die Notwendigkeit der Einrichtung von Volksheilstätten für Nervenranke betont. Von der Landesversicherungsanstalt Berlin angestellte Untersuchungen haben ergeben, daß die Zahl der Neurastheniker unter den Pflegelingen in den letzten Jahren ganz erheblich gestiegen ist. Ihr Anteil betrug im Jahre 1897 noch 18 Proz., in den letzten Jahren aber 40 Proz. Die Ergebnisse der Heilanstaltsbehandlung waren überaus günstige. Bei 60,7 Proz. wurde volle, bei 37 Proz. nahezu volle Erwerbsfähigkeit erzielt. Es gibt nun, abgesehen von den zahlreichen Walderholungsstätten, die auf diesem Gebiete wertvolle Dienste leisten, nur zwei Heilstätten speziell für unbemittelte Nervenranke: „Haus Schönow“ in Zehlendorf an der Wanneseebahn und das hannoversche Provinzialsanatorium „Rasemühle“ bei Göttingen. Das erstere ist mit einer Arbeitsbetriebsstätte für Rekonvaleszenten verbunden, in der diese, befreit von der Sorge um Unterkommen und Verdienst, Gelegenheit zur Arbeitsgewöhnung haben. Es stehen in der Anstalt 116 Krankenbetten zur Verfügung, davon etwa zwei Drittel für Männer. Geheilt, bzw. gebessert sind 69,6 Proz. der Kranken (66,9 Proz. Männer und 73 Proz. Frauen). Die Anstalt „Rasemühle“ ist unter dem Gesichtspunkte der Prophylaxe der Geisteskrankheiten zur Entlastung der Irrenpflege gegründet. Charakteristisch bleibt der — nach außen übrigens streng vermiedene — Zusammenhang mit der Irrenanstalt. Um die Aufnahme von Geisteskranken in die Heilstätte zu vermeiden, haben sich die Patienten vorher in der

Nervenpoliklinik vorzustellen. Eine Trennung der Geschlechter ist fallen gelassen, wodurch der Aufenthalt behaglicher gestaltet und bewirkt wird, daß Männer wie Frauen sich in ihrem ganzen Verhalten mehr zusammenehmen. Das Sanatorium hat zwei Klassen, die erste für 12, die zweite für 50 Kranke. Zum Sanatorium gehören im ganzen etwa 120 Morgen Land. Großer Wert wird auf ein ärztlich überwacht und dosiertes Turnen gelegt. Im Jahre 1903 bis 1904 wurden 174 Kranke entlassen, davon 54 Proz. als geheilt und 27 Proz. als gebessert.

Neuerdings hat sich nun ein Verein, „Rheinische Volksstätten für Nervenranke“ gebildet, von dem die Anlage einer Anstalt für männliche Kranke in Leichlingen a. d. Wupper und einer für weibliche Kranke in Dabringhausen, Kreis Lennep, geplant ist. Diese Anstalten, sowie die von dem in Karlsruhe bestehenden „Verein badische Volksheilstätten für Nervenranke“ in Aussicht genommene sollen im Pavillonsystem erbaut werden. Eine Trennung der Geschlechter soll nicht stattfinden; eine wichtige Rolle bei der Behandlung soll die Beschäftigung spielen. Eine sehr wesentliche Förderung hat die Frage kürzlich in Österreich dadurch gefunden, daß Frhr. v. Rothschild 20 Millionen Kronen zur Errichtung von Anstalten zur Heilung und Pflege Nervenranke vermacht hat. In diesen Anstalten soll auch namentlich der Sinn für die Kunst und die Blumen bei den Kranken geweckt und gepflegt werden.

### Die öffentlichen Ärzte während des Altertums.

Im letzten Heft des „Janus“ hat Dr. Rudolf Pohl über die Einrichtung der öffentlichen Ärzte während des ganzen Altertums von Homer bis zu Justinian einen Bericht erstattet. Der erste beamtete Arzt ist, soweit wir wissen, Demokedes aus Kroton in Unteritalien gewesen, der um 525 v. Chr. von den Ägineten für die Summe von 1 Talent (über 6000 M.) angestellt wurde. Gegen die weit höhere Summe von 100 Minen wurde er schon im folgenden Jahre von den Athenern in ihre Vaterstadt, nach vier Jahren von Polykrates für das Gehalt von 2 Talente jährlich nach Samos berufen. Im fünften Jahrhundert waren die öffentlichen Ärzte in Athen bereits eine stehende Einrichtung, wie aus den Mitteilungen des Aristophanes hervorgeht. Da die Anstellung der Ärzte in Griechenland durch die Wahl der Volksversammlung erfolgte, so nimmt es nicht wunder, daß die ärztlichen Bewerber vor das Ehrengericht bringen würden. So z. B. behandelte der eine vor seiner Anstellung die Bürger unentgeltlich oder, da die öffentlichen Ärzte von den Reichen Geld nehmen durften, verzichteten sie von vornherein auf dasselbe in der Hoffnung auf das spätere hohe Gehalt. Die Zahl dieser Amtsärzte in Athen im 3. und 4. Jahrhundert betrug 6. In Rom waren im 3. und 4. Jahrhundert 6, im folgenden aber 14 öffentliche Ärzte angestellt, nämlich je einer für die 14 Stadtteile. Zu dieser Zeit kam für die öffentlichen Ärzte zuerst in Griechenland, dann auch in Rom der Titel „Archiatroi“ auf, der ursprünglich die Bezeichnung der Hofärzte in Antiochia gewesen war und von dem bekanntlich unser Wort Arzt (ahd-arsat) abstammt. Neben der Heiltätigkeit lag diesen Ärzten auch die Ausfertigung medizinischer Gutachten ob, z. B. von Leichenbefunden, wie aus einigen ägyptischen Urkunden hervorgeht. Außer den Städten stellten übrigens auch viele große Körperschaften, wie die Gymnasien und Gladiatorenkaserne, in Rom im 4. Jahrhundert n. Chr. auch die Vestalinnen sich einen eigenen Arzt an. Ihr Gehalt war im Durchschnitt nicht so hoch wie das oben angegebene Honorar des Demokedes, sondern betrug in der Regel 500—700 Drachmen, was etwa dem Gehalt der staatlich angestellten Architekten oder Lehrer an den Gymnasien entsprach. Das Gehalt wurde durch

eine besondere Steuer, das Iatrikon, erhoben. Erst Kaiser Justinian hat im 6. Jahrhundert die öffentliche Bezahlung der Ärzte aufgehoben. (Med. Klinik.)

### Ein eigenartiger Betrugsfall.

Eine Verhandlung von prinzipieller Bedeutung fand kürzlich vor dem Düsseldorfer Schöffengerichte statt. Angeklagt waren der praktische Arzt Dr. med. W., der hier ein „Institut für Haut- und Geschlechtskrankheiten“ unterhält, sowie der Cand. med. R., der an diesem Institut eine selbständige ärztliche Tätigkeit ausübt. Die Anklage gegen beide lautete auf Betrug, indem die Patienten des Dr. W. der Meinung sein mußten, von diesem behandelt zu werden, während sie in Wirklichkeit von dem Kandidaten R. behandelt worden waren, dem Dr. W. Blanko-Rezepte zur selbständigen Ausfüllung zur Verfügung gestellt hatte. Eine Reihe von Zeugen erklärten in der Beweisaufnahme, daß sie, falls ihnen dieser Umstand bekannt gewesen wäre, von einer ärztlichen Behandlung in der genannten Anstalt Abstand genommen hätten. Der Rechtsbeistand des Angeklagten machte geltend, daß R. ein praktisch gebildeter Mediziner sei, der seit Jahren unter Leitung des Dr. W. tätig sei. Solche Vertretungen seien im ärztlichen Berufe recht häufig, und eine Verurteilung würde zu ganz unhaltbaren Zuständen führen. Möge man eine solche Ausübung der Praxis beurteilen wie man wolle, strafrechtlich könne sie nicht als Betrug charakterisiert werden. Das Schöffengericht verurteilte den Angeklagten Dr. W. zu zwei Monaten, den Angeklagten R. zu einem Monat Gefängnis. Die Urteilsbegründung führte aus, daß die Behandlungsweise des R. eine völlig selbständige gewesen sei und bei den Patienten, denen nichts anderes mitgeteilt worden sei, den Glauben hervorgerufen habe, von Dr. W. selbst behandelt zu werden. Eine Vorspiegelung falscher Tatsachen und eine Vermögensschädigung sei somit als vorliegend zu erachten, wobei es schließlich gleichgültig gewesen sei, daß R. minder hohe Gebühren als Dr. W. sich habe zahlen lassen. Besonders auf dem wichtigen Gebiete der Geschlechtskrankheiten könne eine solche Ausübung des ärztlichen Berufs leicht zu gemeingefährlichen Zuständen führen. (Allg. Med. Zentralzeitung.)

### Feuerbestattung.

Zur Regelung der Feuerbestattung im Königreiche Sachsen im Wege der Landesgesetzgebung sind von den beteiligten Ministerien die erforderlichen Maßnahmen bereits eingeleitet worden. Die prinzipielle Freigabe der Feuerbestattung, die von der Regierung bisher stets verweigert worden war, ist einer Entscheidung des Obergerichtes zu danken, welche aussprach, daß für das Königreich Sachsen ein gesetzliches Verbot der Leichenverbrennung (Feuerbestattung) nicht bestehe. (Münch. med. Wochenschrift.)

### Verweigerung des Zeugeneides durch einen Arzt.

Ein Kreisarzt sollte vor dem Schöffengericht den Zeugeneid leisten. Er weigerte sich, weil er glaubte, daß er den Sachverständigeneid zu leisten habe. Er wurde wegen Verweigerung des Zeugeneides zu 60 M. Geldstrafe eventuell 10 Tagen Haft sowie zur Tragung der Kosten des Termins verurteilt.

(Berl. Tagebl.)

### Redaktionswechsel.

Die Redaktion der chirurgischen Abteilung der im Verlage von Breitkopf & Härtel in Leipzig erscheinenden Volkmannschen Sammlung klinischer Vorträge hat an Stelle des verstorbenen Herrn Geheimrats von Mikulicz-Radecki Herr Professor Dr. O. Hildebrand, Direktor der Chirurgischen Klinik des Charité-Krankenhauses in Berlin, übernommen.