

Die Errichtung

von

Unfallkrankenhäusern

ein Act der Nothwehr

gegen das zunehmende Simulantenthum.

Von

Prof. Dr. Adolph Seeligmüller,

Specialarzt für Nervenkrankheiten in Halle a. S.

Motto: Die Kranken zu decken,
Die Lügner zu schrecken.

D 1909
830

Leipzig.

Verlag von Georg Thieme.

1890.

Vorwort.

Die Abfassung der nachstehenden zwei Artikel, welche zunächst in einer medicinischen Fachzeitschrift veröffentlicht wurden, ist lediglich aus dem lebhaften Verlangen hervorgegangen, das grossartige sociale Reformwerk unseres geliebten Kaisers, welches Gefahr läuft, durch das stetig zunehmende Simulantenunwesen in seiner segensreichen Entwicklung aufgehalten zu werden, durch Vorschläge zur Abhülfe dieses bereits grosse Volksklassen demoralisirenden Uebels zu fördern.

Zur Ausgabe als besondere Brochüre wurde ich durch die lebhafteste Zustimmung von ärztlichen und besonders von berufsgenossenschaftlichen Fachmännern ermuthigt.

Der Artikel I war schon Anfang Juli d. J. in der Deutschen medicinischen Wochenschrift No. 30 erschienen. Er hat in dieser Brochüre nur wenige Abänderungen und Ergänzungen erfahren.

Leider wurde die Fertigstellung des Artikels II, obwohl er im Juli schon niedergeschrieben war, in Folge von übermässiger Anhäufung von Berufsgeschäften am Schluss des Universitätssemesters und dann durch meine Theilnahme an dem X. internationalen ärztlichen Congress zu Berlin im Anfang August d. J. in unliebsamer Weise verzögert.

In Folge davon, dass die sehr zeitgemässe Frage „über die traumatische Neurose“ in der Section für Psychiatrie und Neurologie auf diesem Congress verhandelt wurde, hat der besagte Artikel eine völlige Umarbeitung erfahren müssen, gewiss nicht zum Nachtheile der guten Sache.

Ich übergebe hiermit meine Vorschläge der nachsichtigen Beurtheilung eines grösseren Leserkreises von Sachverständigen.

Königsfeld im Schwarzwalde am 20. August 1890.

Prof. Dr. Adolph Seeligmüller.



I. Das Provinzialkrankenhaus für Unfallverletzte.

Die ärztliche Begutachtung der Unfallverletzten ist seit lange schon zu einer wahren Plage des ärztlichen Standes überhaupt, vor allen aber zu einer solchen der Direktoren von Krankenhäusern und Kliniken, sowie der Specialisten geworden. Wer es als Arzt und Mensch gewissenhaft nimmt, muss in vielen Fällen in schwere Seelenkämpfe gerathen bei der Abfassung von Gutachten, von welchen Glück oder Unglück, Wohl oder Wehe eines Nebenmenschen und dessen Familie abhängt. Denn auch der tüchtigste Arzt kann sich irren, und doch soll er das, was er in seinem Gutachten aussagt, bzw. auf seinen Eid nimmt, vor Gott und Menschen vertreten können.

Am besten sind ja noch die Aerzte in grösseren Städten daran, welchen Besprechungen mit Specialisten, bzw. Begutachtungen von Seiten derselben leicht zur Verfügung stehen. Aber selbst hier hat die Sache oft grosse Schwierigkeiten, insofern die Ausbeute der in den Acten befindlichen ärztlichen Atteste gewöhnlich sehr gering ist und nichts weniger als einen klaren Einblick in den Zustand bald nach der Verletzung und ebensowenig in den weiteren, oft mehrjährigen Verlauf gestattet. Dem ist es gewiss oft zuzuschreiben, dass sich die gutachtlichen Aeusserungen mehrerer anerkannt tüchtiger und gewissenhafter Aerzte nicht selten schnurstracks widersprechen.

Die Unfallverletzten sind aber auch eine grosse Plage für die Berufsgenossenschaften, wie für alle die geworden, welche die Unfallunkosten zu tragen haben.

Hierüber geben die Acten genaue Auskunft, und man erstaunt, welche Unsummen ein einziger Kranker im Laufe von zwei bis drei Jahren gefressen hat, welche, wenn nicht alle, so doch zum grossen Theil hätten erspart werden können, wenn die vorliegende Simulation früher erkannt worden wäre.¹⁾

¹⁾ Auf die Häufigkeit der Simulation werde ich in einem zweiten Artikel zu sprechen kommen.

Und trotz alles Aufwandes von Zeit und Mühe, trotz der ausserordentlichen Unkosten, welche die Berufsgenossenschaften aufzuwenden haben, muss man sich bei ehrlicher Prüfung des Schlussresultates in vielen Fällen gestehen, dass es durchaus unentschieden bleiben muss, ob der Unfallverletzte wirklich zu seinem Rechte gekommen ist, ob in dem einen Falle die entzogene Unterstützung, in dem anderen die gewährte Entschädigung den Grundsätzen der Gerechtigkeit entspricht, vor allem aber, ob der Grad der Erwerbsunfähigkeit richtig, d. h. weder zu hoch, noch zu niedrig abgeschätzt ist.

Ich habe öfters darüber nachgedacht, wie es wohl zu ermöglichen wäre, diese Uebelstände zu vermeiden; schliesslich bin ich dazu gekommen, folgenden Vorschlag der Begutachtung der sachverständigen Kreise zu unterbreiten.

1. Für jede Provinz des deutschen Reiches wird ein Provinzial-Unfallkrankenhaus von ganz besonderer Einrichtung errichtet.

2. In dieses Haus muss auf besonderes Verlangen der Berufsgenossenschaft jeder Unfallverletzte, wenn er nicht auf eine Entschädigung von vornherein verzichten will, sobald es sein Zustand erlaubt, gebracht werden.

3. Hier wird während eines längeren oder kürzeren Aufenthaltes unter genauer Beobachtung seitens besonders angestellter Aerzte und Ueberwachung besonders geschulter Wärter der jeweilige Zustand und Grad der Erwerbsunfähigkeit festgestellt.

4. Bei seiner Entlassung wird dem Verletzten aufgegeben, sich nach einer gewissen Zeit wieder zu stellen zu wiederholter Untersuchung bzw. Beobachtung.

5. Mit dem Aerztec collegium des Krankenhauses steht eine Commission von Berufsgenossen, Handwerksmeistern, bzw. Fabrikanten, in fortwährender Verbindung, welche Aufklärung über technische Fragen, besonders aber über den Grad der derzeitigen Erwerbsunfähigkeit Auskunft geben können.

6. Wird ein angeblich Verletzter der Simulation mit Sicherheit überführt, so wird er streng bestraft.

7. Ist ein Verletzter irrtümlich für einen Simulanten gehalten und als solcher behandelt worden, so erhält er eine entsprechende Genugthuung und Entschädigung.

Im einzelnen will ich zu den angeführten sieben Punkten Folgendes bemerken:

ad 1. Das Provinzialkrankenhaus bedarf zunächst insofern einer besonderen Einrichtung, als es die Möglichkeit bieten muss, den Exploranden wenigstens zu Anfang zu isoliren und unbeeinflusst von anderen zu beobachten. Nur dadurch kann es vermieden werden, dass das Krankenhaus nicht, wie man mit Recht behauptet hat, eine Schule der Simulationskünste für viele werde.

Daraus ergibt sich von vornherein, dass die Anstalt aus mindestens zwei grösseren Abtheilungen bestehen müsste, nämlich aus einer Isolirabtheilung und einer Gemeinschaftsabtheilung. In der

letzteren könnten von vornherein alle diejenigen untergebracht werden, bei denen Simulation auszuschliessen ist.

Director des Hauses muss ein allseitig wissenschaftlich durchgebildeter Arzt von grösserer Erfahrung in der Unfallsache sein. Unter ihm stehen ein oder mehrere Assistenzärzte und ein wohlgeschultes, zuverlässiges Wartepersonal.

Die ganze Anstalt muss nach Geist, Zucht und Ordnung ein streng militärisches Gepräge tragen. Weibliche Personen müssten der Discretion wegen vollständig ausgeschlossen sein.

ad 2. In dieses Haus muss jeder Unfallverletzte, bei welchem eine dauernde Schädigung der Erwerbsfähigkeit zu befürchten ist, sobald als möglich zur Untersuchung und Beobachtung aufgenommen werden.

Ich halte besonders diesen Punkt für wichtig, weil

a) gerade die erste Behandlung des Verletzten für den ganzen Verlauf und Ausgang oft entscheidend ist;

b) weil spätere Begutachter gerade für die erste Periode nach der Verletzung aus den Acten meist nichts entnehmen können.

Selbstverständlich sollen nicht alle Unfallverletzte in das Unfallkrankenhaus gebracht werden, sondern nur diejenigen, für welche es nach dem Ausspruche der betr. Kassenärzte, bzw. nach stattgehabter Prüfung durch den Director der Anstalt nothwendig erscheint. Zwischen den Kassenärzten und dem Vorstande des Unfallkrankenhauses müsste zu dem Ende ein fortwährender Verkehr gesetzlich festgesetzt und durch besondere Instructionen geregelt werden. Denn so viel ist mir schon jetzt klar, dass die jetzt übliche Norm, nach welcher die Berufsgenossenschaften in allen Fällen erst nach Ablauf der 13. Woche mit dem Unfallverletzten in Beziehung treten, nicht ferner festgehalten werden darf.

Man werfe mir nicht ein, das Haus müsse zu grosse Dimensionen annehmen, wenn sämtliche Unfallverletzte aus einer ganzen Provinz dort Aufnahme finden sollten. Ist das ärztliche Personal zahlreich genug, so wird die grösste Zahl der Verletzten nicht eine einzige Nacht in dem Hause zubringen, sondern an demselben Tage wieder abreisen können, wo sie angekommen sind.

Auch wird der Transport so vieler Menschen keine oder doch nur geringe Unkosten verursachen, sobald der Staat die unentgeltliche Benutzung der Staatsbahnen für dieselben gestattet.

Solche Unfallverletzte, welche zur Zeit den Transport nicht vertragen, müssen so bald als möglich von dem Director oder einem Assistenten an Ort und Stelle aufgesucht, und der derzeitige Befund schriftlich aufgenommen werden. Sobald der Zustand den Transport erlaubt, hat dieser zu erfolgen.

ad 3. Damit die Untersuchung und Beobachtung des Exploranden in der Anstalt nach allen Richtungen endgültig festgestellt werden kann, müssen jedem Provinzial-Unfallkrankenhaus bestimmte Specialärzte als consultirende Aerzte dauernd aggregirt sein. Aus

diesem Grunde ist das Krankenhaus, wo irgend möglich, in einer Universitätsstadt zu errichten.

ad 4. Ist der jeweilige Zustand, bezw. die Erwerbsunfähigkeit festgestellt, so wird der Unfallverletzte einstweilen entlassen, hat sich aber nach einer bestimmten Zeit zu neuer Untersuchung, bezw. Beobachtung wieder vorzustellen.

Vielleicht liesse sich auch eine Stelle für einen inspicirenden Arzt einrichten, welcher lediglich die Aufgabe hätte, die auswärtigen Kranken zu besuchen, bezw. zu überraschen.

ad 5. Diesen Punkt halte ich wiederum für sehr wichtig. Ich will das durch ein Beispiel erläutern: Ein Kupferschmied in einer Zuckerfabrik hat infolge einer Quetschung den Ringfinger an der linken Hand verloren. Jetzt fragt es sich: kann derselbe trotzdem wieder seine frühere Stellung voll ausfüllen? Das kann nur durch die Commission der Berufsgenossen, Handwerksmeister, bezw. Fabrikanten entschieden werden; ebenso, ob z. B. der an einer Maschine zu Schaden Gekommene selbst Schuld daran ist, insofern er gegen die ihm gegebene Instruction, bezw. Verwarnung gehandelt hat. Weiter könnten in den Werkstätten der betreffenden Handwerksmeister Prüfungen der Arbeitsfähigkeit, auch in Gegenwart der Aerzte stattfinden.

ad 6. Wir haben meines Wissens in Deutschland bis jetzt kein Gesetz, welches die Simulation direkt als strafbar hinstellte. Der § 263 des deutschen Strafgesetzbuches spricht wenigstens direkt nicht von Simulation. Es wäre aber sehr wünschenswerth, dass ein Gesetz bestände, in welchem die Strafbarkeit der Simulation hervorgehoben würde. Wer wie ich erlebt hat, dass für die Begutachtung desselben frechen Simulanten fünf und mehr Aerzte in Anspruch genommen werden, wird mir beistimmen.

Die Strafen hätten zu bestehen:

1. in Rückzahlung der Unkosten für ärztliche Bemühungen, ungerechterweise bezogene Entschädigungsgelder u. s. w., im Unvermögensfalle in entsprechender Gefängnisstrafe;
2. in Gefängnisstrafe mit Zwangsarbeit,
3. in Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte,
4. in öffentlicher Bekanntmachung des Vergehens und der Strafen durch die gelesensten Zeitungen.

ad 7. Ebenso soll aber ein jeder, welcher ungerechter Weise als Simulant behandelt, bezw. bestraft ist, eine möglichst grosse Genugthuung und Entschädigung erhalten.

Der Segen einer solchen Einrichtung liegt auf der Hand: Die Aerzte würden dadurch, soweit dieses Menschen möglich ist, in die Lage versetzt werden, ihr Gutachten auf sicher gestellten Thatsachen und Beobachtungen aufzubauen.

Man mache nicht den Einwand, das sei den Aerzten in einem wohleingerichteten gewöhnlichen Krankenhause ebenso gut möglich.

Möglich, gewiss; aber mit welchem Aufwand von Zeit und Mühe! — Gerade die Aerzte der bestrenommirten Krankenhäuser, der Universitätskliniken, müssen ihre Aufgabe in anderen Dingen suchen, als in dem zeitraubenden Sport, Simulanten zu entlarven. Man frage nur die Directoren der Kliniken, und man wird hören, welche Last ihnen und ihren Assistenten durch das ewige Begutachten von Unfallkranken erwächst, wie sie keinen Raum haben, um die lästigen Gäste gehörig zu isoliren, und kein Personal, um sie hinreichend zu controlliren. Ausserdem fällt die Hauptlast doch dem Director des Kraukenhauses zu, denn die Assistenten sind fast durchweg zu jung und zu unerfahren, um der Schlaueit gewiegter Simulanten gewachsen zu sein. Schliesslich pflegen die Assistenten häufiger zu wechseln, und so ist es schon dagewesen, dass derselbe Explorand, in demselben Krankenhause nach wenigen Monaten zum zweiten Male aufgenommen, in durchaus entgegengesetzter Weise beurtheilt wurde.

Welche Einheitlichkeit der Beobachtung dagegen verbürgt von vornherein die Einrichtung der Provinzial-Unfallkrankenhäuser!

Welche Fülle von Erfahrungen würden ferner dem ständigen Personal der Unfallkrankenhäuser in verhältnissmässig kurzer Zeit zu Gebote stehen, und zwar nicht nur dem ärztlichen allein, sondern auch dem Wartepersonal!

Selbstverständlich würde sich allmählich ein ganz besonderer Zweig der Medicin herausbilden und damit eine ganz besondere Klasse von Aerzten, welche in ähnlicher Weise wie die Militärärzte nach Anciennität und Tüchtigkeit rangiren und von einem Krankenhause nach dem andern versetzt würden.

Ueberhaupt würden die sämmtlichen Provinzialkrankenhäuser ein organisches Ganze bilden und miteinander auch dadurch in Verbindung stehen, dass durch Austausch der Erfahrungen auf den regelmässig stattfindenden und von Deputirten beschickten Generalversammlungen die Kenntniss der ganzen Frage stetig gefördert würde.

Schliesslich — und das wäre nicht der geringste Nutzen dieser Einrichtung — würden diese Krankenhäuser vortreffliche Schulen für Kreisphysiker und andere Medicinalbeamte, für Strafanstaltsärzte u. s. w. sein, insofern diese einen Cursus in einer solchen Anstalt durchmachen müssten.

Manchen werden die vorgeschlagenen Neuerungen, wenn nicht überflüssig, so doch in Rücksicht auf die Unfallverletzten hart und unbillig erscheinen. — Gut! so mache man bessere Vorschläge! Dass es aber bei dem jetzigen Stande der Dinge nicht bleiben kann, wird mir jeder zugeben müssen, welcher sich auch nur einiger Erfahrung auf diesem Gebiete rühmen will.

Die Berufsgenossenschaften und alle, welche zu den Unkosten der Unfallverletzten beitragen müssen, würden trotz des grossen Aufwandes zu Anfang doch bald die Erleichterung des Druckes auf ihren Geldbeutel verspüren.

Die Durchführbarkeit der grossartigen socialen Reformpläne

unseres Kaisers würde durch diese Reform des Unfallwesens eine bedeutende Förderung erfahren.

Auch zweifle ich keinen Augenblick daran, dass die Zahl der Simulanten sehr bald abnehmen wird, sobald einige von ihnen es erfahren haben, dass im Unfallskrankenhaus jeder Betrüger entlarvt und danach schwer bestraft wird.

Die bisher für die simulirenden Schmarotzer verschwendeten Summen würden alsdann den wirklich Kranken zu Gute kommen.

Nur diejenigen, welche wunderbarer Weise von einem häufigen Vorkommen der Simulation bei Unfallverletzten nichts wissen wollen, werden dem widersprechen. Für diese gedenke ich in dem nächsten Aufsatz zu zeigen, inwieweit ich berechtigt bin, nach wie vor die Behauptung aufrecht zu halten:

„Es giebt Simulanten und zwar nicht wenige!“

Nachschrift. Nach Ueberreichung eines Sonderabzuges dieses ersten Aufsatzes an Herrn Hahne, Vorsitzenden der Zuckerberufsgenossenschaft in Magdeburg, wurde ich in einem Schreiben vom 24. Juli von diesem freundlichst darauf aufmerksam gemacht, dass auf dem letzten Verbandstage der Berufsgenossenschaften Deutschlands im Mai dieses Jahres die Angelegenheit bereits erörtert worden ist. Gleichzeitig schickte er mir einen Abschnitt aus dem gedruckten Protokolle jenes Verbandstages, nach welchem Herr Director Schlesinger (Berlin) in der Angelegenheit folgende einleitende Worte gesprochen hat:

„Meine Herren! Die Frage der Errichtung von Krankenhäusern seitens der Genossenschaften ist in letzter Zeit vielfach Gegenstand der Erörterungen gewesen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass es von grossem Werthe sein würde, wenn die Berufsgenossenschaften solche Häuser besässen. Denn wenn es auch gut eingerichtete und vortrefflich geleitete Krankenhäuser giebt, so dienen sie doch nicht bloss den Unfallverletzten, sondern sie werden für Kranke aller Art benutzt. Und es ist unmöglich, dass die Genossenschaftsorgane denjenigen Einfluss auf die Behandlung der Kranken haben, den sie ausüben könnten, wenn sie eigene Krankenhäuser besässen. Vor allen Dingen ist es nicht durchführbar, dass in solchen Krankenhäusern dem Individualleiden, der Verletzung diejenige besondere Berücksichtigung zu Theil wird, wie es der Fall wäre, wenn lediglich die Krankenhäuser für solchen Zweck existirten. Allerdings müsste dann die Behandlung der Unfallverletzten nicht erst in diesen Krankenhäusern stattfinden, nachdem die ersten 13 Wochen verflossen sind, sondern es müsste die Möglichkeit gegeben sein, dass der Unfallverletzte sofort nach geschehenem Unfall in das Krankenhaus überführt würde. Es käme also eine Einigung mit den betreffenden Krankenkassen in Frage, sei es nun, dass die Krankenkassen sich mit den Genossenschaften dahin verständigten, dass man gemeinsam diese Krankenhäuser baute, sei es, dass die

letzteren von den Berufsgenossenschaften selbst gebaut würden, und dass diesen dann für jeden einzelnen Fall der entsprechende Kostenbetrag seitens der Krankenkassen gezahlt würde. Dass die Frage nicht unlösbar erscheint, geht daraus hervor, dass man in Rheinland-Westfalen damit bereits vorgegangen ist, da dort die Knappschafts-Berufsgenossenschaft ein solches Krankenhaus gegründet hat. Ich gebe allerdings zu, dass im vorliegenden Falle die Verhältnisse, die Beziehungen der Krankenkasse zu der Berufsgenossenschaft intimere sind, als dies bei sonstigen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften der Fall ist. Sollte eine Einigung mit den Krankenkassen nicht möglich sein, und die Berufsgenossenschaften über die ersten 13 Wochen nicht ohne weiteres verfügen können, so müsste eine Aenderung der Gesetzgebung angestrebt werden, die die Möglichkeit gewährt, in diesem Sinne vorzugehen. Es ist hierbei erwähnenswerth, dass die socialdemokratische Fraction des Reichstages kürzlich einen Antrag gestellt hat, den § 5 des Unfallgesetzes dahin abzuändern, dass die Berufsgenossenschaften schon in den ersten 13 Wochen eine Rente denjenigen Verletzten zahlen, bei denen wohl das eigentliche Heilverfahren abgeschlossen ist, die aber noch nicht erwerbsfähig sind. Wenn dem entsprochen würde, dann müsste aber auch den Berufsgenossenschaften das Recht eingeräumt werden, schon von vornherein in die Behandlung eingreifen zu dürfen. Diese Krankenhäuser dürfen übrigens nicht nur in grossen Städten eingerichtet werden, sondern auch auf dem Lande, wo sie besonders wichtig sind. Was die Kosten betrifft, so handelt es sich um die Zinsen für das Anlagecapital und die laufenden Betriebsausgaben. Ich glaube, dass beides zusammen nicht höher kommen wird, als die Aufwendungen, welche jetzt die Berufsgenossenschaften für Unterbringung von Verletzten in bestehenden Krankenhäusern machen. Würden solche Krankenhäuser, die lediglich den Zweck haben, den Unfallverletzten zu dienen, seitens der Berufsgenossenschaften errichtet, so dürften auch die Arbeiter mehr wie bisher geneigt sein, sich dort aufnehmen zu lassen.“

Schliesslich habe ich von dem genannten Herrn Director Hahne, ebenso wie von anderen hervorragenden Fachmännern, theils briefliche, theils mündliche Zustimmungen zu meinem Vorschlag, Unfallskrankenhäuser zu errichten, erhalten.

II. Es giebt Simulanten, und zwar nicht wenige.

Sehr viele, welche diese Ueberschrift lesen, werden darüber erstaunen, dass ich damit den Beweis einer Behauptung antrete, von deren Richtigkeit sie, auf langjährige Erfahrungen gestützt, von vornherein vollständig überzeugt sind.

Sie übersehen dabei, dass es nicht wenige Aerzte giebt

— ich nenne hier nur Strümpell¹⁾ und Oppenheim,²⁾ weil diese ihre Ansicht schriftlich formulirt haben —, welche die Häufigkeit der Simulation leugnen.

Strümpell schreibt l. c. p. 19:

„Ueberhaupt muss ich in Uebereinstimmung mit den meisten anderen Nervenärzten, welche sich mit dem Gegenstande ernstlich beschäftigt haben, meine Ueberzeugung dahin aussprechen, dass die Simulation bei derartigen Zuständen keineswegs so häufig ist, wie manche Aerzte zu glauben scheinen. Das Krankheitsbild der ausgesprochenen traumatischen Neurose ist ein so eigenartiges und charakteristisches, dass ich kaum verstehen würde, wie es überhaupt simulirt werden kann.“

Oppenheim sagt l. c. p. 138:

„Ich selbst hatte nur in einzelnen Fällen Gelegenheit, einen Simulanten zu entlarven und Simulation aller Krankheitserscheinungen nachzuweisen.“

„Wenn andere Autoren (z. B. Riegler) Simulation in einem beträchtlichen Procentsatz der von ihnen direkt oder durch Einsicht in das Actenmaterial beobachteten Fälle constatirten oder festgestellt zu haben glaubten, so hat das seinen Grund zum Theil vielleicht darin, dass zweckbewusste Simulanten sich wohl meistens einer Beobachtung im Krankenhause zu entziehen suchen.“³⁾ Von grösserer Bedeutung scheint mir der folgende Umstand. Bei der Durchsicht der vorliegenden Casuistik betreffend Simulation, ist die Thatsache in die Augen springend, dass die Begründung dieser Annahme nicht selten eine mangelhafte und auf falschen Voraussetzungen beruhende und der heutigen Auffassung von dem Wesen der traumatischen Neurose und Psychose nicht hinreichend Rechnung tragende ist. So wird z. B. den psychischen Anomalien und anderen functionellen Störungen der Werth und die Bedeutung der Krankheit nicht zuerkannt, sondern im zähen Festhalten an verjährten Anschauungen zwischen diesen Krankheitserscheinungen und der Simulation keine scharfe Grenze gezogen.“

Mit diesen letzten Auseinandersetzungen ist in der That der Hauptsache nach der Schlüssel gegeben zu der in hohem Grade erstaunlichen Thatsache, dass die Häufigkeit der Simulation von verschiedenen Aerzten in so ausserordentlich von einander abweichenden Procentzahlen angegeben worden ist:

Oppenheim (in seinem Vortrage in der neurologischen Section

¹⁾ Strümpell, Ueber die traumatischen Neurosen. Berliner Klinik, Heft 3, 1888.

²⁾ Oppenheim, Die traumatischen Neurosen. Berlin 1889. Vergl. auch meine Kritik dieser Brochüre in Leyden's Zeitschrift für wissenschaftliche Medicin und die Gegenkritik Oppenheim's, sowie meine und Oppenheim's Erwiderung im Neurologischen Centralblatt 1889.

³⁾ Man wolle wohl beachten, dass die 8 Simulanten unter den 24 Unfallverletzten in der Erb'schen Klinik zu Heidelberg (s. unten) sich der Beobachtung im Krankenhause nicht zu entziehen gesucht hatten.

des Berliner Congresses) fand unter 73 Unfallverletzten 6 Simulanten, also $4\frac{1}{3}\%$ (genau $4,38\%$). Alt in der Hitzig'schen Klinik zu Halle (Discussion gelegentlich meines Vortrags über die Errichtung von Unfallkrankenhäusern im Verein der Aerzte zu Halle) unter 150 Unfallverletzten nur 2 Simulanten, also nur $1\frac{1}{3}\%$.

Diesen niedrigen Procentsätzen gegenüber stehen folgende hohe:

Hoffmann¹⁾ constatirte in der Erb'schen Klinik zu Heidelberg unter 24 Unfallverletzten 10 wirklich Kranke, 6 Uebertreiber und 8 Simulanten, d. h. solche, welche ganze Krankheitsbilder simulirten, mithin $33\frac{1}{3}\%$ Simulanten.

Ich selbst möchte nach meinen Erfahrungen einen ganz so hohen Procentsatz nicht annehmen, aber immerhin wenigstens 25% Simulanten.

In den 19 Monaten von December 1888 bis Anfang Juli 1890 habe ich über 11 Unfallverletzte ausführliche Gutachten abgegeben. (Aus Mangel an Zeit, da ich die Verletzten durchaus allein untersuchen und beobachten musste, habe ich viele mir überwiesene Begutachtungen, in einem Monat d. J. allein 5, ablehnen müssen.) Diese 11 Gutachten betreffen fast sämmtlich solche Fälle, über welche in den Acten schon eine Reihe von Gutachten anderer Aerzte vorlagen.

Unter diesen 11 Unfallverletzten fand ich 5 wirklich Kranke, 3 Uebertreiber und 3 Simulanten, d. h. solche, welche ein ganzes Krankheitsbild simulirten, also über 25% , genau $27,27\%$ Simulanten. Die von mir mit anderen Collegen zusammen untersuchten Unfallverletzten lasse ich hier ausser Betracht, weil die Gutachten nicht von mir selbst abgefasst wurden.

Diese sich in so hohem Grade widersprechenden Angaben würden sich in keiner Weise erklären lassen, wenn nicht Oppenheim selbst in der oben citirten Stelle seiner Brochüre den Schlüssel dazu gegeben hätte:²⁾ Wer mit Oppenheim und Strümpell das Wesen der nach Unfällen beobachteten Störungen des Nervensystems lediglich „in psychischen Anomalien und anderen functionellen Störungen“ sucht, der wird

¹⁾ J. Hoffmann, Erfahrungen über die traumatische Neurose (aus der medicinischen Klinik des Herrn Prof. Erb in Heidelberg). Vortrag, gehalten in der XV. Wanderversammlung der südwest-deutschen Neurologen u. Irrenärzte in Baden-Baden am 7. und 8. Juni 1890. (Separat-Abdr. aus der Berlin. klin. Wochenschrift, 1890, No. 29.)

²⁾ Andere Erklärungsversuche, wie der von Benedict auf dem Congress vorgebrachte, dass die Zahl der Simulanten nach dem Charakter der Einwohner in den verschiedenen Gegenden, in welchen die Statistik gemacht sei, verschieden ausfallen müsse, sind in keiner Weise imstande, die grosse Meinungsverschiedenheit der Autoren zu erklären. Denn wenn es auch grundverkehrt ist, mit Oppenheim zu behaupten, die ethischen Eigenschaften der Exploranten seien für die Häufigkeit der Simulation ohne alle Bedeutung, so bezeichnete Mendel doch gerade das Berliner Publicum, aus welchem Oppenheim's Exploranten sich gewiss zum grossen Theile rekrutirten, als besonders schlaue und befähigte, die Simulirkünste zu erlernen und zu üben.

ebenso wie jene nur einen niedrigen Procentsatz von Simulanten finden.

Die Entscheidung, welche von den beiden Parteien Recht hat wird daher lediglich von der Beantwortung der Frage abhängen, Ist die Auffassung von Strümpell und Oppenheim die richtige, mit anderen Worten, giebt es eine traumatische Neurose in ihrem Sinne?

Der X. Internationale Congress zu Berlin hat diese Frage in der Sitzung für Neurologie vom 7. August 1890 mit grosser Majorität verneint.

Zunächst wies Professor Friedrich Schultze (Bonn) in einem ausgezeichneten Referat, welchem selbst die Gegner lauten Beifall zollen mussten, auf das klarste nach, dass das Krankheitsbild der sogenannten traumatischen Neurose in der That nicht existire, insofern die von Oppenheim als charakteristisch aufgestellten subjectiven Krankheitserscheinungen sehr leicht simulirt werden können, die objectiven aber gar nicht oder doch nur in verschwindend seltenen Fällen zur Beobachtung kommen und nichts Charakteristisches haben.

Schultze schloss, soweit ich lediglich nach meiner Erinnerung sie wieder geben kann, mit folgenden Sätzen:

1. Es giebt verschiedenartige Psychosen und Neurosen, die durch ein Trauma hervorgebracht werden können; diese sind aber nicht in einen grossen Topf mit der Etiquette „traumatische Neurose“ zu werfen, sondern einzeln zu diagnosticiren und je nachdem im gegebenen Falle als traumatische Hysterie, als Melancholie u. s. w. zu bezeichnen;

2. Die concentrische Einengung des Gesichtsfeldes und ebensowenig das hier und da beobachtete Auftreten von Anästhesien sind in keiner Weise als charakteristisch anzusehen;

3. Dasselbe gilt von den nervösen Erscheinungen von Seiten des Herzens;

4. Bei der Frage, ob jemand simulirt oder nicht, wird häufig seine Glaubwürdigkeit allein entscheiden müssen.

Alles, was Oppenheim und seine Meinungsgenossen gegen die aufgestellten Sätze einzuwenden versuchten, konnte die durchschlagende Beweiskraft derselben in keiner Weise abschwächen.

Zur Kritik der einzelnen Erscheinungen der traumatischen Neurose ergab die Discussion folgendes:

Die concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, auf deren Vorhandensein Oppenheim für die Diagnose so grosses Gewicht gelegt hat, ist von allen anderen nur äusserst selten gefunden worden, obgleich sämtliche Untersucher es sich angelegen sein liessen, ihre eigenen Untersuchungen durch Specialärzte der Augenheilkunde controlliren, bezw. von vornherein den Befund durch solche selbst aufnehmen zu lassen. Demnach kann eine Beschränkung des Gesichtsfeldes in keiner Weise als ein charakteristisches Symptom bezeichnet werden. Auch

solche, die wie Hitzig an der Eigenart der traumatischen Neurose festhalten, mussten zugeben, dass sie auf dieses Symptom keinen Werth legen können.

Mendel theilte zum Ueberfluss noch folgendes mit: Viele von Oppenheim's Kranken sind von Professor Hirschberg ebenfalls auf ihr Gesichtsfeld untersucht worden, und ist dieser in vielen Fällen zu Resultaten gekommen, welche von denen Oppenheim's wesentlich abwichen. Dieses hat Oppenheim wohl gewusst, aber verschwiegen.¹⁾

Ebensowenig konnten Schultze, Mendel, Rumpf, Hoffmann u. a. dem Vorhandensein von Anästhesie eine besondere Bedeutung beimessen, zumal die Feststellung derselben bei nicht redlichen Individuen auf ausserordentliche Schwierigkeiten stösst.

Auch die gesteigerte Herzthätigkeit ist ohne Bedeutung nicht nur, weil sie, wie Mendel hervorhob, auf Atherom beruhen kann, sondern auch, wie ich selbst nach mehrfacher persönlicher Erfahrung (s. das Gutachten II) besonders erwähnen will, sie durch chronischen Alkoholismus, namentlich aber durch chronischen Missbrauch von Tabak hervorgerufen werden kann, wobei auf das Tabakkauen (Priemen) besonders zu achten ist, insofern es sich der Untersuchung sehr viel leichter entzieht als das Rauchen. Das Zittern schliesslich kann einfach der Ausdruck der Gewissensangst sein und, wie ich hervorgehoben habe²⁾, sehr leicht simulirt werden.

Die von Rumpf zur Beachtung empfohlene Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit ist bisher von keinem anderen Untersucher gefunden worden.

Darüber endlich, dass psychische Störungen, wie sie Oppenheim als charakteristisch für die traumatische Neurose hingestellt hat, leicht simulirt werden können, sind wohl alle einig. Ich will bei dieser Gelegenheit an eine sehr lehrreiche Anekdote erinnern, welche ich, wenn ich mich nicht irre, seiner Zeit in dem Edinburgh medical Journal gelesen habe:

Kurz nach dem Erscheinen der ersten Auflage von John Eric Erichsen's Buch „On Railway Concussion“, in welchem bekanntlich die psychischen Symptome ebenfalls als besonders oder gar als nahezu ausschliesslich beachtenswerth hingestellt waren, hielt ein englischer College Erichsen's an seine Zuhörer folgende Ansprache: „M. H.! Ich wundere mich, Sie noch in so grosser Zahl hier versammelt zu sehen. Sie studiren doch nur deshalb Medicin, um später als Arzt ihren Unterhalt zu verdienen. Das können Sie jetzt viel bequemer und billiger haben. Das Recept ist sehr einfach:

¹⁾ Die Untersuchung des Gesichtsfeldes ist bekanntlich auch für den geübtesten Augenarzt eine sehr mühsame und zeitraubende. Wieviel Zeit hätte demnach erspart werden können, wenn Oppenheim die von den seinen abweichenden Resultate Professor Hirschberg's nicht verschwiegen hätte!

²⁾ s. mein Lehrbuch der Neuropathologie II, S. 673.

Kaufen Sie sich das Buch meines Collegen Erichsen; studiren Sie sich ein bestimmtes Krankheitsbild ein. Dann setzen Sie sich auf die Eisenbahn und fahren so lange, bis Sie das Glück haben, ein Unglück persönlich mitzumachen. Jetzt spielen Sie die eingelernte Rolle einigermaßen geschickt, und eine Rente von jährlich 1—2 Tausend Pfd. Sterl. kann Ihnen nicht entgehen.“

Dies führt mich noch einmal auf die Frage nach der Häufigkeit der Simulation.

Die mit Unfallverletzungen in Zusammenhang stehenden Affectionen des Nervensystems haben seit länger als 25 Jahren mein lebhaftes Interesse in Anspruch genommen, wohlverstanden zunächst nur die Kranken, erst in zweiter Linie die Simulanten.

Jene, die wirklich kranken Unfallverletzten, waren bei uns in Preussen bis zum Jahre 1871, wo die Haftpflicht Reichsgesetz wurde, in der traurigsten Lage. Es gab eben kein Gesetz, welches sich ihrer noch so gerechten Ansprüche auf Entschädigung in billiger Weise angenommen hätte.

Und auch durch das Haftpflichtgesetz allein wurde zunächst ihre Lage nicht wesentlich gebessert, weil diejenigen, welche die Entschädigung zahlen sollten, es in den meisten Fällen auf einen Process ankommen liessen, in welchem die Chancen zu gewinnen jedenfalls mehr auf ihrer Seite waren, als auf der des Klägers.

Da galt es oft, nicht nur den ärztlichen, sondern auch den gerichtlichen Berather dieser verlassenem unglücklichen Menschen zu spielen. Hatten sie doch zunächst nicht einmal Anspruch auf einen ordentlichen Sachwalter, sondern nur auf einen Anfänger, einen Referendar, der ihnen vom Gericht gratis gestellt wurde, weil sie arm waren und kein Geld hatten, einen Advokaten zu bezahlen!

Ich selbst habe in jenen Jahren wiederholt die Ehre gehabt, mich solcher ungerecht Behandelten annehmen zu dürfen, indem ich die jugendlichen Sachwalter für ihre Clienten zu interessiren mich bemühte, und in mehreren Fällen hatte ich die Genugthuung, unsere Prozesse glänzend zu gewinnen.

Ich hebe das ausdrücklich hervor, nicht um mich zu rühmen, sondern weil ich leicht in den Ruf eines Arztes kommen könnte, vielleicht schon gekommen bin, der in jedem Unfallverletzten von vornherein einen Simulanten wittert.

Simulanten hat es zwar auch vor 1871 gegeben, aber ihre Zahl hat seit diesem Jahre, besonders aber seit dem neuen Reichsgesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom Jahre 1883/84, in bedenklicher Weise zugenommen.

Die Begehrlichkeit der Unfallverletzten¹⁾ ist eben mit der für sie in's Werk gesetzten Fürsorge in erschreckender Weise gewachsen,

¹⁾ Prof. Rumpf (Marburg) und Andere hoben in der Discussion auf dem Congress mit Recht hervor, dass früher nach schwerer Verletzung die Arbeit viel früher aufgenommen wurde, als jetzt nach relativ leichter.

namentlich weil es sicher oft genug vorgekommen ist, dass notorische Simulanten mit reichlichen Renten bedacht wurden.

Der Vorgang ist heutzutage einfach folgender: Es wird ein Arbeiter verletzt; auch wenn er selbst gar nicht daran dächte, aus der Sache Capital zu schlagen, wird er von seinen guten Freunden dazu überredet: „Du wirst doch nicht so thöricht sein und Dir das Schmerzensgeld entgehen lassen; da sieh' mal den X. an; von dem wissen wir alle, dass ihm nicht viel fehlt; aber er hat es verstanden, ein Doctorat zu erlangen, und nun kriegt er sein Geld und kann sich ausruhen, bis es ihm gefällt wieder zu arbeiten.“ Dann werden ihm noch einige gute Lehren mit auf den Weg gegeben, und das Simuliren geht los.

Inwieweit es gelingt, die Simulation durchzuführen, hängt von zwei Umständen ab: einerseits von der Schlaueit der Simulanten und andererseits von der Sachkenntnis, Erfahrung und Gewissenhaftigkeit der Aerzte.

Was die Simulanten anbetrifft, so giebt es dumme und kluge, zaghafte und freche, grobe und feine Simulanten.

Grobe Simulanten sind nicht schwer zu entlarven. Wenn jemand z. B., wie ich das gesehen, tabische Coordinationsstörungen nachmachen will, so ist es für den sachkundigen Arzt nicht schwer zu erkennen, dass die Erscheinungen simulirt werden. Unkundige Aerzte lassen sich freilich auch hier täuschen.

Feinen Simulanten begegnet man namentlich unter den gebildeteren Arbeiterclassen. Ein solcher war z. B. der Kupferschmied P. F. (siehe Gutachten II), der von traumatischer Neurose, Amputationsneuromen u. s. w. sprach, wie einer, der die Sache, soweit er sie verstehen kann, studirt hat. Und das hatte er unzweifelhaft, da er ohne weiteres zugab, darüber nachgelesen zu haben. Ich bin überzeugt, dass solche Leute sich mit Meyer's Conversationslexicon nicht begnügen, sondern auch Brochüren über traumatische Neurosen u. dgl. studiren. Ja, sollte es nicht vielleicht ärztlich gebildete Leute geben, welche aus dem Zustutzen von Simulanten ein Gewerbe machen? Bei dem lebhaften Kampfe um das Dasein wäre das keineswegs zu verwundern.¹⁾

Viele von diesen geriebenen Simulanten haben ihre Studien auf den Hochschulen der Simulation, in den Kliniken und Krankenhäusern gemacht. Und schon deshalb sind derartige Institute in keiner Weise geeignet zur Untersuchung zweifelhafter Subjecte, aber auch wegen der p. 9 angeführten Gründe.

Diesen geriebenen, sozusagen ausstudirten Simulanten gegenüber bedarf es der Sachkenntnis, Erfahrung und Gewissenhaftigkeit eines ganzen Arztes.

¹⁾ Siehe die Mittheilung von J. Hoffmann, l. c. p. 11: „Einer von den Simulanten hatte von seinem Arzte selbst Unterweisung in der Production epileptischer Anfälle erhalten; dafür sollte er ihm von der beanspruchten Entschädigungssumme von 10 000 Mark ein Zehntel abtreten. Die betreffende Unfallversicherungsgesellschaft wollte sich noch kurz vorher durch einmalige Zahlung von 6000 Mark mit ihm abfinden.“

Was zunächst die Sachkenntniss anbetrifft, so möchte ich hervorheben, dass die Mehrzahl der praktischen Aerzte, sit venia verbo! von neurologischen Untersuchungsmethoden wenig oder gar nichts versteht. So erlebt man es (s. das I. Gutachten), dass aus Rückenschmerz, Klage über Schwäche in den Beinen — Erscheinungen, die noch dazu gar nicht vorhanden waren — die Diagnose auf eine „Rückenmarksentzündung“ gestellt wird.

So kommt es denn, dass ein völlig gesunder und dienstfähiger Locomotivführer von 50 Jahren für gänzlich erwerbsunfähig erklärt wird und eine jährliche Rente von 2150 Mark erhält.

Aber nicht nur Sachkenntniss, auch Erfahrung ist eine nothwendige Eigenschaft des Arztes, welcher von geriebenen Simulanten nicht betrogen werden will. Aus diesem Grunde sind junge Assistenten, denen in Kliniken und Krankenhäusern die Untersuchung und Beobachtung von der Simulation verdächtigten Unfallverletzten meist zufällt, durchaus nicht die geeigneten Persönlichkeiten. Sie werden häufig genug hintergangen werden, zumal wenn sie an dem gasartig dehnbaren Phantasiegebilde der „traumatischen Neurose“ festhalten. Professor Mendel hat, wie er in der Discussion auf dem Berliner Congress hervorhob, die Fälle, auf welche Oppenheim seine „traumatische Neurose“ basirt, zum grossen Theil selbst untersucht und ist dabei zu ganz anderen Schlüssen gelangt, als jener.

Schliesslich — last not least — kommt aber die Gewissenhaftigkeit des untersuchenden Arztes in Betracht. Man kann es sich als Arzt auch solchen zweifelhaften Subjecten gegenüber ausserordentlich leicht machen. Man bringt eben die Klagen der Exploranden zu Papier, ohne sich die Mühe zu geben, dieselben einer genauen sorgfältigen Untersuchung und Beobachtung zu unterziehen. Stimmen doch die von den Kranken angegebenen Erscheinungen so vortrefflich mit dem präsumirten Krankheitsbilde der traumatischen Neurose! So ist Herr Oppenheim in der Lage gewesen, „in fast $\frac{3}{4}$ aller Fälle die Diagnose bei der ersten Untersuchung (in der Poliklinik!) in einer alle anwesenden Aerzte und Studirenden überzeugenden Weise zu entwickeln!“ Wenn dann noch hinzukommt, dass man das abweichende Urtheil älterer Collegen, die in der Sache mehr Erfahrung haben, selbstbewusst ignorirt, weil diese „an verjährten Anschauungen zähe festhalten“, und die Untersuchungsergebnisse geübter Specialärzte, weil sie von den eigenen abweichen und das schöne Truggebilde zerstören könnten, geflissentlich ignorirt und einfach todtzuschweigen sich bemüht, so muss man freilich dahin kommen, Simulation als ein äusserst seltenes Vorkommniss zu bezeichnen.

Auch kann ich es nicht gut heissen, wenn auf dem Congress gesagt wurde, die Aerzte sollten sich daran genügen lassen, einfach den Thatbestand ärztlicherseits festzustellen, und es dem Richter überlassen, was er daraus schliessen wolle. Denn ein gewissenhafter Arzt muss schliesslich dasselbe Interesse für seinen Clienten haben, wie ein gewissenhafter Richter, dem es nicht gleichgültig sein

kann, ob diesem schliesslich Recht oder Unrecht geschieht. Im Gegentheil, je gewissenhafter ein Arzt seinen Beruf als Begutachter nimmt, desto mehr wird er sich dafür interessiren, ob die Wahrheit oder die Lüge siegt. Und schliesslich wird er sich über die Entlarvung jedes Simulanten freuen, nicht aus persönlicher Eitelkeit, sondern weil damit einer der vielen Steine aus dem Wege geräumt ist, welche die Durchführung des grossartigen socialen Reformationsplanes unseres Kaisers aufzuhalten drohen.

Dass Unfallverletzte gewöhnlich übertreiben, ist bekannt. Oft mag es angebracht sein, sie schon vor der ersten Untersuchung durch ein freundlich ernstes Wort vor dem Uebertreiben zu warnen. Bei den meisten hilft das aber wenig oder gar nichts, weil sie schliesslich selbst daran glauben gelernt haben, dass ihre von Anfang an übertriebenen Klagen wahr sind. Ganz gewöhnlich sieht man das Uebertreiben bei solchen, die unmittelbar nach dem Unfall oder später in der That allen Grund zum Klagen hatten, insofern die Verletzung eine reelle war. Nun aber wollen sie nicht zugeben, dass ihr Zustand sich schliesslich gebessert hat oder ein ganz normaler geworden ist. Sie möchten eben die süsse Gewohnheit des Nichtsthuns nicht aufgeben. So hat z. B. ein seiner Zeit in einer Zuckerraffinerie beschäftigter jugendlicher Arbeiter infolge von fortgesetztem Wechsel von heisser und kalter Luft in den Arbeitsräumen sich einen chronischen Gelenk- und Muskelrheumatismus mit vernehmlicher Crepitation in einzelnen Gelenken zugezogen. Nach monatelanger ärztlicher Behandlung sind Schmerzen und Bewegungsstörungen gewichen; der Arbeiter aber beruft sich darauf, dass das Knarren in den Gelenken noch fortbesteht, und weigert sich deshalb, unter Simulation von heftigen Schmerzen und Lähmungserscheinungen, zu arbeiten. Dazu kommt, was wohl zu beachten ist, dass der von der Arbeit entwöhnte Körper durch Monate lang fortgesetzte Ruhe und Pflege nicht selten fettleibig und dadurch schwerfällig, ja ungeschickt zur Arbeit geworden ist. Auch hier vermöchten die Unfallskrankenhäuser in passender Weise nachzuhelfen, insofern sie gestatteten, unter Aufsicht zunächst eine mässige, wenig anstrengende Beschäftigung in den betreffenden Werkstätten der Berufsgenossencommission vornehmen zu lassen.

Zum Schluss fasse ich meine Ausführungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Eine „traumatische Neurose“ in dem Sinne von Oppenheim giebt es nicht.
2. Ein Arzt, welcher nach dem Schema dieser in Wirklichkeit nicht existirenden Krankheit die Unfallverletzten untersucht und beobachtet, muss nothwendigerweise in die Gefahr gerathen, von Simulanten oftmals betrogen zu werden.
3. Schon bei den jetzt möglichen Gelegenheiten, Unfallverletzte zu untersuchen und zu beobachten, stellt sich ein Procentsatz von 25–30% Simulanten heraus.
4. Eine, soweit dies Menschen möglich ist, sichere Beobachtung

und Beurtheilung des verdächtigen Unfallverletzten ist nur in zu diesem Zwecke zu errichtenden Unfallkrankenhäusern möglich.

5. Die jetzt zu Recht bestehenden Unfallgesetze müssen abgeändert und der neuen Einrichtung von Unfallkrankenhäusern angepasst werden.

6. Vor allen ist ein besonderes Gesetz nothwendig, nach welchem solche, die nachgewiesenermaassen einen Krankheitszustand simulirt haben, um sich dadurch in den Besitz einer Unfallsentschädigung zu setzen, mit aller Strenge bestraft werden.

Zum Schluss lasse ich zwei von mir abgegebene Gutachten über Simulanten folgen. Der erste Fall würde nach Strümpell's Einteilung zu den „allgemeinen“, der zweite aber zu den „localen“ traumatischen Neurosen gerechnet werden.

Gutachten über den Gesundheitszustand des ausser Dienst gestellten Locomotivführers Wilhelm B. aus Stassfurt.

Der pensionirte Locomotivführer Wilhelm B. aus Stassfurt ist behufs Untersuchung seines Gesundheitszustandes in der Zeit vom 1. bis 6. December d. J. in meiner Privatklinik hieselbst von mir beobachtet worden.

B. giebt an, am 16. December 1886 Abends bei einer Entgleisung seiner Locomotive während des langsamen Fahrens durch einen plötzlichen Ruck gegen die eiserne Rückwand geschleudert zu sein. Zunächst habe er nur einen lebhaften Schreck, Schmerzen dagegen erst in der darauf folgenden Nacht verspürt, und zwar an der unten genauer zu bezeichnenden Stelle der Wirbelsäule.

Gegen die Schmerzen seien ärztlicherseits Einreibungen, gegen einen später sich einstellenden, 5 Wochen anhaltenden „Hexenschuss“¹⁾ der Inductionsstrom, Bäder u. s. w. angewandt.

Bei meiner ersten Untersuchung am 1. December d. J. klagte B. noch über folgende Beschwerden:

1. Schmerzen in der Gegend der zwei untersten Lenden- und zwei oberen Kreuzbeinwirbel, die sich längs des Hüftkammes beiderseits hinziehen.

2. Schwäche in den Beinen, welche besonders hervortrete, wenn er länger als 1 Stunde weit gehe. Ausserdem zeigt er an genanntem Tage

3. Ein zeitweilig auftretendes Zittern der oberen Extremitäten, besonders der rechten (nicht der unteren).

B., welcher selbst zugiebt, bis auf die genannten Beschwerden vollständig gesund zu sein, ist ein grosser breitschultriger Mann von starkem Knochenbau und kräftiger Muskulatur, daneben aber sehr reichlicher Fettablagerung, so dass der straff gespannte Unterleib stark prominirt. Das gleichmässig geröthete Gesicht macht den Eindruck behaglichen Lebensgenusses, nicht den eines schweren Leidens. Weder an den Sinnen, noch an den inneren Organen der Brust und des Unterleibs lassen sich Abnormitäten erkennen. Der vorhandene Mund- und Rachenkatarrh ist wohl auf vorhanden, aber nicht gesteigert. Die Schlenreflexe sind die Bauchreflexe fehlen, wohl in Folge der stets trommelartig gespannten Bauchdecken.

Die elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln ist normal.

¹⁾ Der sich bei seiner Constitution und unthätigen Lebensweise sehr wohl spontan einstellen konnte.

Die nähere Untersuchung der oben sub 1—3 genannten Störungen er giebt Folgendes:

ad 1. a) Die Schmerzen, welche, nach dem ersten Gutachten des Herrn Collegen Dr. Essleben vom 11. Juli 1888, bei Druck auf die oberen Lenden- und unteren Brustwirbel eintraten, werden jetzt in der Gegend der zwei untersten Lenden- und zwei oberen Kreuzbeinwirbel localisirt, also wesentlich tiefer als früher.

b) Am 1. December äusserte B. hier bei Druck, selbst bei leisem Druck, in lauter Weise und mit den entsprechenden Bewegungen heftigen Schmerz, ebenso beim Druck längs des Hüftkammes, namentlich linkerseits.

Am 2. December finde ich ihn mit der „schmerzhaften Stelle“ auf der scharfen Kante eines halbaustgrossen Eisstückes liegen, das aus Versehen in den Eisbeutel gerathen ist, welchen ich ihm zur Linderung seiner Schmerzen verordnet habe. Selbstverständlich sollte er den Eisbeutel auf sich und nicht sich auf den Eisbeutel legen. Befragt, wie es ihm gehe, sagt er, seitdem er auf dem Eise liege, habe er gar keine Schmerzen.

(NB. Der Eisbeutel war erst vor kurzem gefüllt, die Kante des grossen Stückes so scharf, dass sie auf der Haut eine tiefe Furche zurückgelassen hatte, und an dem genannten Tage war dies die erste Eisapplication.)

Am 5. December giebt er — etwas kleinmüthig geworden dadurch, dass ich ihm am Tage vorher rundweg erklärt habe, er simulire das Zittern (s. unten ad 3) — beim Drücken auf die „schmerzhaft Stelle“ von selbst an, Schmerz habe er eigentlich gar nicht, sondern nur ein Gefühl von Schwäche, welche auch längs der Hüftkämme ausstrahle, und ein Gefühl von Spannen oberhalb der Stelle.

Also die Simulation von Schmerzen, welche am 1. December beim leisesten Druck eintreten, am 2. beim Liegen auf einer scharfen Eiskante nicht empfunden werden, wird am 5. von B. vollständig aufgegeben.

ad 2. Die Schwäche in dem unteren Abschnitt der Wirbelsäule und in den unteren Extremitäten versucht B.

a) durch mühsames, schwerfälliges Aufstehen vom Sitzen, b) Unvermögen zu stehen, wenn er sich nicht wenigstens mit einer Hand aufstützen kann, c) lahmen Gang und d) Unausführbarkeit einzelner Bewegungen der Beine zu demonstrieren.

ad a) In Betreff des Aufstehens ist er hier nie aus der Rolle gefallen; wäre aber wirklich eine erhebliche Schwäche in der Lendenmuskulatur vorhanden, so würde B. nicht ohne Lehne längere Zeit sitzen und ebensowenig in strammer Haltung stehen noch gehen können.

ad b) Während er vor einigen jungen Aerzten die Einzelheiten seines Unfalles erzählt, vergisst er wohl 20 Minuten lang sich anzuhalten, steht ganz frei und gerade und declamirt mit den Armen in der Luft.¹⁾

ad c) Er ist wiederholt, ohne den Stock zu gebrauchen, stramm und sichern Schrittes gegangen.

ad d) Auf einem Sopha auf dem Rücken liegend entwickelt er beim Stossen mit den Beinen eine normale Kraft.

Aufgefordert, in der Rückenlage das eine oder andere Bein in gestreckter Stellung von der Unterlage gegen das Becken zu erheben, hebt er die Ferse ca. $\frac{1}{2}$ Fuss hoch und behauptet, weiter vermöge er es nicht.

¹⁾ Als er dann später wieder daran denkt, dass er sich mit einer Hand aufstützen müsse, springt jedesmal der entgegengesetzte Sacrolumbalis in einer Massigkeit hervor, die einem Athleten Ehre machen würde.

Im grellen Widerspruch hiermit kann er im Liegen wie im Stehen den Oberschenkel ad maximum gegen das Becken beugen.

Also die in der Lendengegend und in den unteren Extremitäten von B. angegebene Schwäche ist in Wirklichkeit nicht voranden und von ihm simulirt.

Deshalb will ich nicht in Abrede stellen, dass längere Märsche von B. nur mit Anstrengung ausgeführt werden können, insofern seine hochgradige Fettleibigkeit und speciell die Schwere seines Oberkörpers bei weiteren Wegen beschwerlich fallen müssen.

ad 3. B. zittert gelegentlich mit den Extremitäten, bald mit dieser, bald mit jener, vorwiegend mit den rechtsseitigen.

a) Am 1. December zittert B. nur mit der rechten Oberextremität; am 4. vornehmlich mit der rechten Unterextremität. Als ich ihm dies verweise und ihm sage, ich wisse sehr wohl, dass er das Zittern gänzlich lassen könne, zittert er fast 48 Stunden gar nicht.

b) Unmittelbar nach dem Niederlassen auf einen Sitz zittert B. gar nicht. Jetzt aber schiebt er den rechten Fuss etwas vorwärts, und nun beginnt das Zittern. Dieses ist leichter zu produciren, wenn der Unterschenkel zum Oberschenkel einen stumpfen Winkel bildet, als wenn das Kniegelenk recht- oder spitzwinklig gestellt ist.

c) Auf den Bauch gelegt, zittert B. gar nicht, auch wenn man seinen rechten Fuss in die denkbar günstigste Stellung bringt, indem man nämlich den Zehen auf der Beugeseite einen festen Halt gegeben hat.

Erklärung: Nach meiner Erfahrung kann das Zittern der Extremitäten in überraschender Weise durch Einübung simulirt werden. Ich habe vor mehreren Jahren einen Wagenschieber der Simulation überführt, welcher 5 Wochen lang im Krankenhause und 3 Stunden hintereinander vor meinen eigenen Augen Zittern aller 4 Extremitäten producirt hatte. B. ist in der Kunst des Zitterns ein Stümper geblieben: er hat keine Ausdauer und hat für gewisse Körperstellungen, so für die Bauchlage, das Zittern nicht eingeübt (cf. c). Auch fällt er sofort aus der Rolle, sobald seine Aufmerksamkeit lebhaft in Anspruch genommen wird: alsdann vergisst er das Zittern zu produciren, trotz der denkbar günstigsten Stellung der betr. Glieder. So hält er den rechten Arm beim Erzählen seines Unfalles beim Entgleisen lange Zeit frei in der Luft schwebend, und ebenso später im Sitzen beim Ankleiden das rechte Bein frei ausgestreckt, ohne zu zittern, weil er dies über die Schilderung der näheren Umstände seines Unfalles vor einigen jungen Aerzten ganz vergisst.

Also B. simulirt auch das Zittern.

Bevor ich mein Schlussgutachten abgebe, will ich noch einige Bemerkungen vorausschicken:

I. Vorausgesetzt, dass B. bei jener Entgleisung vor zwei Jahren einen Stoss gegen den Rücken davon getragen hat, dürfte bei der langsamen Fahrgeschwindigkeit, welche B. selbst zugiebt, die dadurch hervorgerufene Verletzung des Rückens keine sehr erhebliche gewesen sein.

II. „Eine Rückenmarksentzündung“, wie sie Herr College Dr. E. in seinem Gutachten vom 11. Juli d. J. annimmt, ist in jedem Falle auszuschliessen, andernfalls würden sich greifbare Folgeerscheinungen — Lähmung mit Muskelschwund und Herabsetzung des Gefühls an den unteren Extremitäten, Mastdarm- und Blasenlähmung u. s. w. — eingestellt haben.

III. Vielmehr dürfte es sich im wesentlichen um eine Quetschung der äusseren Theile (College E. hat Schwellung derselben s. Z. constanter) gehandelt haben.

Die dadurch hervorgebrachten Schmerzen und die Steifigkeit waren vorübergehender Natur.

Wenn ich auch schliesslich nicht in Abrede stellen will, dass die von B. angegebenen Beschwerden — wie Schmerzen, Schwäche und Zittern — nach einem Stoss in den Rücken sehr wohl dauernd zurückbleiben können, so ergiebt meine Untersuchung und Beobachtung des B. doch mit Bestimmtheit:

Dass B. z. Z. an den genannten Symptomen nicht mehr leidet, sondern dieselben gefissentlich simulirt hat.

Demnach erkläre ich, dass bei der gegenwärtigen körperlichen Beschaffenheit des B. die Ausserdienstlassung desselben nicht mehr nöthig ist.

Halle a./S., 15. September 1888.

(L. S.) Prof. Dr. Ad. Seeligmüller.

Auf dieses motivirte Gutachten hin erklärte Herr Dr. E. sofort, dass er auch jetzt von der Simulation des B. überzeugt sei, sowie davon, dass diese von vornherein stattgefunden habe. B. ist nach mir im Frühjahr 1889 noch von Herrn Geh. Rath Dr. Hagedorn untersucht und im Krankenhause in Magdeburg beobachtet worden. Herr Hagedorn hat sich meinem Gutachten vollständig angeschlossen, zumal sich noch ein anderes sehr gravirendes Beweismoment für die Simulation herausgestellt hatte, nämlich die Simulation der völligen Unempfindlichkeit an dem schmerzhaften Theil der Wirbelsäule gegen elektrische Ströme. B. hatte wohl gelegentlich einer elektrischen Untersuchung merken lassen, dass er der Ansicht sei, in der gelähmten Kreuzgegend dürfe er von einem elektrischen Strome nichts fühlen. Eine im Mai 1890 bei einer wiederholten Untersuchung des B. vorgenommene, von mir modificirte Prüfung dieses Verhaltens ergab folgendes: Die sonst bei dem leisesten Drucke angeblich noch sehr empfindliche Stelle zeigt bei dem stärksten galvanischen, bezw. faradischen Strom keine Schmerzempfindung, nur Berührungsgefühl.

Nun wird von dem faradischen Strom (Hirschmann'scher Apparat mit Stöpselung) die Leitung zum Körper ausgeschaltet, der Wagner'sche Hammer aber weiter schnurren lassen und eine messerrückenscharfe Elektrodenscheibe mit aller Kraft gegen den schmerzhaften Wirbel gedrückt, so dass ein tiefer Eindruck in den Weichtheilen zurückbleibt: kein Schmerz, nur Berührungsgefühl.

Dann erhält B., welcher, wohlgemerkt! von allen Manipulationen nichts sehen kann, mit derselben langgestielten Elektrode einen „elektrischen“ Schlag, indem ich weit aushole und mit aller Kraft gerade auf den schmerzhaften Wirbel schlage: „es ist, als ob Sie gerade auf den schmerzhaften Wirbel schlage: „es ist, als ob Sie mich wieder berührten.“ Jetzt lasse ich ihn die Beinkleider wieder anknöpfen und sage kurz darauf: „Ach! nun habe ich doch ver-gessen, mir den empfindlichen Wirbel zu merken; bitte, ziehen Sie doch die Beinkleider noch einmal herunter.“

Jetzt berühre ich die sogenannte schmerzhafteste Stelle nur eben mit der Fingerspitze, und B. zuckt vor Schmerz laut aufschreiend heftig zusammen.

Gutachten über den derzeitigen Gesundheitszustand des Kupferschmiedes Paul F. aus F. bei L.

Der Kupferschmied Paul F., 41 Jahre alt, hat sich vom 18. Juni bis zum 3. Juli c. behufs Beobachtung und Untersuchung in meiner Privatklinik hierselbst aufgehalten und ist während dieser Zeit von mir persönlich auf das sorgfältigste untersucht und beobachtet worden.

F. hat sich (Bl. 1 der Acten) am 16. Mai 1887 eine Quetschung des linken Goldfingers beim Abnehmen des Conus vom Vacuum zugezogen, indem er mit der linken Hand zwischen den Ansatz des Apparates und den Conus gerieth.

Bis zum 18. desselben Monats hat F. trotzdem weiter gearbeitet (Bl. 3).

Am 9. Juni zeigte die linke Hand (Bl. 4) eine starke Schwellung mit mehreren Fistelöffnungen und freiliegendem Knochen, so dass am 12. Juni die Entfernung des Goldfingers vorgenommen wurde.

Am 18. August waren die Wunden völlig verheilt, aber noch übermässige Schweisssecretion der Haut vorhanden, und die Faust noch nicht völlig schlussfähig. Herr Dr. K. schätzte danach (Bl. 4) die Beschränkung der Gebrauchsfähigkeit der linken Hand „voraussichtlich auf $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{5}$ “ ab.

Nachdem sich im October hochgradige Nervosität eingestellt hatte, wurden im December 1887 und noch einmal Ende März 1888 in der Narbe gebildete schmerzhaft Neurome durch Operation entfernt.

Allein die Schmerzhaftigkeit der Narbe bestand noch Ende Juli 1888, dazu „gesteigerte halbseitige (?) Schweisssecretion“ (ob der ganzen linken Körperhälfte?), und ausserdem neben vermehrter Herzthätigkeit (bis 120 in der Minute) allgemeine Nervosität: „schlechter Schlaf, grosse Mattigkeit, Unruhe, Schwindel und grosse Empfindlichkeit gegen jedes Geräusch“, so dass F. nicht einmal imstande war, einen leichten Aufseherposten in der Fabrik zu versehen.

Herr Dr. A., San.-Rath und Kreisphysikus in B., schätzte daher die Einbusse des F. an Arbeits- und Erwerbsfähigkeit auf 50% [s. das Gutachten vom 26. Juni 1888 (Bl. 117)],

Herr Dr. B. in L. [s. das Gutachten vom 1. August 1888 (Bl. 119)] sogar auf 75%.

Weiter wurde Herr Dr. R. in Breslau gutachtlich vernommen über die Frage, ob sich von einem weiteren operativen Eingreifen eine Besserung oder Heilung des F. erhoffen lasse.

Herr Dr. R. gab sein Gutachten am 20. August 1888 (Bl. 129) dahin ab, dass durch einen operativen Eingriff, welcher in der vollkommenen Excision der schmerzhaften und verdickten Weichtheilnarbe, sowie der Entfernung des empfindlichen und wahrscheinlich erkrankten Zwischenhandknochenendes zu bestehen habe und gut ausführbar sei, eine verbesserte Gebrauchsfähigkeit der linken Hand wohl mit Wahrscheinlichkeit zu erzielen sei. Was dagegen die durch die periphere Nervenreizung entstandenen allgemeinen nervösen Störungen betreffe, so sei mit voller Sicherheit auf eine Beseitigung derselben nicht zu rechnen, da functionelle Nervenstörungen, welche längere Zeit bestanden haben, auch nach Beseitigung des ursprünglichen örtlichen Leidens, durch welches sie veranlasst wurden, nicht selten unverändert weiter bestehen.

Diesem Gutachten schliessen sich Herr Dr. E. F. in M. in seinem Gutachten vom 28. November 1888 (Bl. 176), sowie Herr Dr. B. in einem Gutachten vom 23. Mai 1889 (Bl. 216) vollständig an, und letzterer fügt hinzu, „er habe die Ueberzeugung gewonnen, dass es kein Heilverfahren mehr gebe, von welchem man sich irgend einen sicheren Erfolg versprechen könne.“

So weit die anamnestischen Angaben nach den Acten. Ueber den Erfolg eines Aufenthaltes des F. in der Fischer'schen chirurgischen Klinik in Breslau vermisste ich eine gutachtliche Aeusserung in den Acten.

Der Kupferschmied Paul F. machte sogleich am 1. Tage (18. Juni) auf mich den Eindruck eines geweckten, für seinen Stand sehr gebildeten, geistig beweglichen Menschen, der aus dem dreijährigen Verkehr mit Aerzten und in ähnlicher Weise wie er selbst Verunglückten sehr viel gelernt hat.

In dieser Auffassung bin ich durch den weiteren täglichen Verkehr mit ihm durchaus bestärkt worden.

Er rühmte sich — was meines Erachtens unerhört ist! — die Atteste und Gutachten der Aerzte selbst gelesen zu haben, und er wisse sehr wohl, dass er an „Amputationsneuromen und traumatischer Neurose“ leide. Auf mein Befragen, ob er über seine Krankheit auch weiter nachgelesen habe, gab er zu, dass er Meyer's Conversationslexicon nachgeschlagen habe. Ueber anderweitige einschlägige Lectüre wollte er nicht mit der Sprache heraus. Da der Mann aber Bücher über Darwinismus liest, die ich hier bei Revision seiner Effecten gefunden habe, so bin ich nicht im Zweifel, dass er sich sehr gründlich über „seine Krankheit“ unterrichtet hat.

F. hat zeitweise einen etwas gerötheten Kopf, Pupillen gleich weit, aber enger als normal und von träger Reaction; beide Gesichtsfelder, mit dem Perimeter untersucht, durchaus normal.

Bei seiner ersten Vorstellung am 18. Juni Vormittags roch F. sehr stark nach Tabak, obwohl er nach seiner Angabe soeben ein Bad genommen. Das Aussehen der Vorderzähne bezeugt den häufigen Gebrauch von Cigarren, an den Backenzähnen aber befinden sich die untrüglichen Zeichen (tiefbraune Färbung) des Tabakkauens. F. giebt selbst an, dass er ohne Cigarre oder Pfeife nicht einschlafen können, will dagegen nur wenig und nur vor langer Zeit gepriemt haben. Ich befahle ihm auf das strengste, sich während seines Aufenthalts hier durchaus des Tabakgenusses jeder Art zu enthalten und ebenso des Kaffees, Thees und der Gewürze, wie aller geistigen Getränke. Nur zwei Fläschchen leichtes Bier, eine zu Mittag, die andere am Abend, gestattete ich ihm auf seinen besonderen Wunsch.

Der übrige Körper ergiebt bis auf die Narbe und die gesteigerte Herzthätigkeit nichts abnormes. Der Stuhl bedurfte meines Wissens während des ganzen Aufenthalts hier nur einmal der Nachhilfe.

Die Erscheinungen, über welche F. zu klagen hat, lassen sich in folgende zusammenfassen:

1. Schmerzen und Empfindlichkeit in der Narbe,
2. Gesteigerte Pulsfrequenz,
3. Allgemeine Nervosität.

ad 1. Die Ergebnisse meiner täglichen Untersuchungen der Narbe sind folgende:

a) Die Narbe hat ein durchaus normales Aussehen;
 b) Auffällige Röthung und Schweisssecretion habe ich in ihrer Umgebung niemals beobachtet, auch nicht an den Tagen, wo F. über gesteigerte Schmerzen klagte;

c) Ebenso wenig ist an der Hand, noch an den übrigen Theilen der oberen Extremität jemals etwas Abnormes von mir constatirt worden;

d) Namentlich ist hervorzuheben, dass durchaus in Uebereinstimmung mit den Angaben F.'s, er habe niemals nach dem Rumpfe zu ausstrahlende Schmerzen oder sonstige Empfindungen gehabt, in keinem der Armnerven die leiseste Druckempfindlichkeit besteht;

e) In auffälliger Weise fehlt diese auch in den der sehr empfindlichen

Narbe unmittelbar anliegenden Theilen. Schmerz und Empfindlichkeit sind durchaus auf die Narbe beschränkt,

Also: von einer aufsteigenden Entzündung wenigstens in einem der drei Armmervenstämmen, wie sie bei der hochgradigen Empfindlichkeit sicher zu erwarten wäre, fehlt die leiseste Spur; die Feststellung dieser Thatsache ist wichtig, insofern der Nachweis einer bis zu den Zwischenrippennerven hinaufgestiegenen Neuritis ascendens für die Wahrscheinlichkeit einer „Herzneurose“, die durch die Fingerverletzung hervorgebracht wäre, sprechen würde.

f) Nur zeitweise will er ein Ausstrahlen des Schmerzes längs der Ulnarseite des Mittelfingers bis zur Mittelphalanx haben;

g) Bei leichter Berührung der Narbe selbst, besonders in ihrer Mitte, giebt F. Schmerz an, dagegen

h) nicht die geringste Schmerzempfindung bei folgendem Versuche: Die Sehnen des Streckers wie des Beugers des fehlenden Goldfingers sind mit der Narbe fest verwachsen. Wenn ich daher die betreffenden Muskeln im oberen Drittel des Vorderarmes faradisch oder galvanisch mit maximalen Strömen reize, so wird die Narbe sehr bedeutend nach dem Handgelenk zu verzerrt. Bei diesem Versuche, den ich öfters wiederholt habe, hat F. niemals die Angabe gemacht, dass er in der sonst so empfindlichen Narbe den geringsten Schmerz empfinde, selbst dann nicht, wenn er ausdrücklich danach gefragt wurde.

Auf diesen Beobachtungen und Untersuchungen, welche ich sämmtlich des öfteren wiederholt habe und stets mit demselben Erfolge, halte ich mich für berechtigt, den Schluss zu ziehen:

Die Schmerzen und die Empfindlichkeit der Narbe werden von F. simulirt.

ad 2. Die traumatische Herzneurose betreffend:

a) Am Herzen selbst ist, wie schon von den Herren Collegen festgestellt ist, die F. vor mir untersucht haben, nicht die geringste Spur von einer organischen Veränderung nachzuweisen, ebenso wenig am übrigen Gefäßsystem, namentlich fehlt jede Hypertrophie des Herzmuskels;

b) Das einzige Symptom der „traumatischen Herzneurose“ ist die gesteigerte Pulsfrequenz.

Das Ergebniss meiner Beobachtungen und Untersuchungen ist folgendes:

So oft F. mit einer Frequenz von 120 in der Minute in mein Sprechzimmer getreten war, so oft war dieselbe bei ruhigem Aufenthalt bereits nach einer Stunde auf 96 zurückgegangen; dazu war der Puls viel weicher geworden als vorher. Selbst während des Zählens ging die Pulsfrequenz nicht selten herunter, so dass z. B., wenn die Frequenz in der ersten halben Minute 60 betragen hatte, sie in der zweiten auf 50 zurückgegangen war, in der dritten vielleicht noch niedriger sich gestaltete. Dieses schnelle Fallen wurde namentlich dann beobachtet, wenn F. in seinem Zimmer von mir überrascht wurde. Der Urin ist frei von Eiweiss und sonstigen abnormen Bestandtheilen.

An einem Sonntag Abend, wo F. nicht vermuthet, dass ich noch in die Klinik kommen werde, überrasche ich ihn um 1/2 11 Uhr im Bett; er riecht auffällig nach Tabak und gesteht, dass er geraucht habe. Infolge dieser Uebertretung meines strengen Verbotes wird F. 48 Stunden lang von zwei zuverlässigen Heilgehülfen, welche alle 2 Stunden den Puls zählen, bei Tag und Nacht (Nachts bei hellem Licht) überwacht. Das Resultat dieser Maassnahme, welches von mir täglich zu dreien Malen controllirt wurde, ist folgendes:

| | | | | | |
|--------------|-------------|-----------|--------------|---|-----------|
| 1. Juli 1890 | Abends 9 | 88 Pulse, | 3. Juli 1890 | Nachts 1 | 60 „ |
| | „ 11 | 74 „ | | Morgens 3 | 60 „ |
| 2. Juli 1890 | Nachts 1 | 74 „ | | „ 5 | 64 „ |
| | Morgens 3 | 72 „ | | „ 7 | 65 „ |
| | „ 5 | 76 „ | | (7 Uhr 15 erstes Frühstück) | |
| | „ 7 | 82 „ | | Morgens 9 | 86 Pulse, |
| | | (Stuhl 9) | | (9 Uhr 20 zweites Frühstück) | |
| | „ 9 | 86 Pulse, | | Morgens 11 | 74 Pulse, |
| | Morgens 11 | 80 Pulse, | | Mittags 1 | 80 Pulse, |
| | Mittags 1 | 83 „ | | (12 Uhr 15 Mittagbrot) | |
| | Nachmitt. 3 | 90 „ | | Nachmitt. 2 ³ / ₄ | 74 Pulse, |
| | „ 4 | 78 „ | | (3 Uhr 35: Milch) | |
| | „ 5 | 89 „ | | Nachmitt. 4 | 68 Pulse, |
| | Abends 6 | 74 „ | | (F. versucht die Notizen zu lesen) | |
| | „ 8 | 82 „ | | Abends 6 | 73 Pulse, |
| | Abends 9 | 74 Pulse, | | „ 7 ³ / ₄ | 74 „ |
| | „ 11 | 68 „ | | Abendbrot; die Pupillen sind normal | |
| | | | | weit geworden. | |

Ziehen wir von jedem Beobachtungstage das arithmetische Mittel, so haben wir am 1. Tage 14 Beobachtungen verzeichnet; dividiren wir mit dieser Zahl in die Summe der Pulszahlen, so erhalten wir als Mittelzahl für die Minute 87,7, für den 2. Tag aber bei 13 Beobachtungen 70,77. Nun, ich danke, diese Zahlen sprechen für sich selbst. Wenn man aber ausserdem in Erwägung zieht, wie viele Momente, die F. aussergewöhnlich erregen mussten, durch die strenge Ueberwachung selbst gegeben waren, so gewinne jene Zahlen eine noch viel grössere Bedeutung. Als solche Momente will ich hier nur anführen:

- den Aerger der Ueberwachung an sich,
- die nächtlichen Störungen durch das zweistündige Pulszählen,
- die vor seinen Augen vorgenommene Untersuchung seiner Kleidungsstücke und der übrigen Effecten,
- das Oeffnen aller Briefe in meiner Gegenwart,
- das streng durchgeführte Schweigen der Wärter, die nur das aller-nothwendigste mit ihm sprechen durften;
- das sehr stürmische, meine übrigen Kranken in hohem Grade aufregende Wetter: der 2. Juli war ein halber Falb'scher Tag.

Das Ergebniss dieser Untersuchungen und Beobachtungen über die „traumatische Herzneurose“ ist folgendes:

- Es ist nicht zu verkennen, dass F. ein leicht erregbares Herz hat;
- Diese gesteigerte Erregbarkeit ist wahrscheinlich die Folge einer chronischen Nicotinvergiftung, welche er sich durch starkes Rauchen und Kauen von Tabak zugezogen hat. Das Nervensystem ist so leicht erregbar, dass er durch diese oder andere Mittel die Pulzfrequenz sofort, wenn auch schnell vorübergehend, steigern kann;
- Die gesteigerte Erregbarkeit des Herzens steht mit der Narbe an der linken Hand nicht im ursächlichen Zusammenhang;
- Die zuweilen beobachtete hochgradige Steigerung der Pulsfrequenz bis 120 in der Minute ist von F. jedenfalls künstlich hervorgebracht; vielleicht durch Tabakrauchen, Coffein, lebhafte Bewegung des Körpers oder andere Manipulationen (?). — Wahrscheinlich hat F., trotzdem ich ihn heimlich zu rauchen oder zu priemen und dadurch die gesteigerte Herzthätigkeit im Gange zu erhalten.

Nun, wie dem auch sein mag, durch die Ueberwachung F.'s während 48 Stunden, wo es ihm unmöglich war, seine Herzerregungsmittel in Anwendung zu ziehen, ist die Pulsfrequenz nicht nur auf das Normale herab-

gestiegen, sondern sogar zeitweilig bis auf 60 in der Minute heruntergegangen; gleichzeitig wurden die abnorm verengten Pupillen normal weit, weil die pupillenverengernden, vielleicht von einer Blutüberfüllung des Gehirns begleiteten Mittel nicht mehr hatten in Anwendung gezogen werden können.

Schluss: Eine nervöse Erkrankung des Herzens, welche durch die Verletzung der linken Hand hervorgerufen wäre, „eine traumatische Herzneurose“ besteht bei F. nicht.

ad 3. Die allgemeine Nervosität anlangend:

Dass F. zeitweise schlecht schlafen mag, kann ohne weiteres zugegeben werden. Denn ein Mann, der an Arbeit gewöhnt ist, wird alle Mal schlechter schlafen, wenn er völlig unthätig ist; sodann ist ein schlechtes Gewissen ein schlechtes Ruhekissen, und endlich musste die künstlich im Gange erhaltene Erregung des Herzens den Schlaf lebhaft stören.

Von einer gesteigerten nervösen Erregbarkeit hat sich bei F., trotzdem von seiner Umgebung darauf sehr geachtet wurde, nichts gezeigt.

Dass es aber mit der sogen. Nervosität bei F. überhaupt nicht weit her ist, dafür habe ich folgenden schlagenden Beweis:

Ogleich ich ihn an jenem Sonntag Abend des Rauchens und Trinkens überführt und dabei nicht eben zart angelassen hatte, versicherte er mich den nächsten Morgen aus freien Stücken, er habe vortrefflich geschlafen. Wären seine Nerven wirklich so leicht erregbar, so hätte er die Nacht wenig oder gar nicht geschlafen.

Nach den Ergebnissen der vorstehenden Beobachtungen und Untersuchungen fasse ich mein Gutachten dahin zusammen:

1. Die Schmerzhaftigkeit der Narbe ist jedenfalls keine solche, dass sie F. bei seiner Berufsthätigkeit stören könnte; nach Aussage eines von mir deshalb befragten zuverlässigen Sachverständigen giebt auch der fehlende Finger kein Hinderniss dafür ab.

2. Die „Traumatische Herzneurose“ ist nicht vorhanden.

3. Ebenso fehlt die allgemeine Nervosität.

Dies von mir geforderte Gutachten habe ich nach bestem Wissen und Gewissen abgegeben und nehme dasselbe auf meinen Sachverständigen-Eid. Halle, den 10. August 1890.

(L. S.) Prof. Dr. Adolph Seeligmüller.

Diese Erfahrungen über Simulantenthum, im Verein mit ähnlichen aus früherer Zeit und einschlägigen Mittheilungen von Collegien, haben mich veranlasst, für die Errichtung von Unfallskrankenhäusern einzutreten. Die Unfallskrankenhäuser würden, selbst wenn die Zahl der Simulanten in Folge der getroffenen Maassregeln sich in auffälliger Weise verminderte, deshalb doch nicht umsonst gebaut sein. Der durch die abnehmende Zahl der Simulanten frei gewordene Raum würde zweckmässig durch *Reconvalescente* ausgefüllt werden. Denn diese bedürfen einer sorgfältigen Pflege und aufmerksamen Behandlung meist noch viel längere Zeit hindurch, als ihnen dieselbe in den vorhandenen gewöhnlichen Krankenhäusern und Kliniken gewährt werden kann. Möchte recht bald wenigstens in einer Provinz der Versuch mit einem solchen Krankenhause gemacht werden! Ich bin überzeugt, dass alsdann das dem Schriftchen vorge setzte Motto in veränderter Gestalt in Erfüllung gehen wird, nämlich:

Die Lügner geschreckt;

Die Kranken gedeckt!